

4.1 Zuzahlungen

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden von den Versicherten für die meisten medizinischen Leistungen Zuzahlungen erhoben.

Grundsätzlich beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten, jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Liegen die Kosten unter 5 Euro, ist der tatsächliche Preis zu zahlen.

Die Zuzahlungen auf einen Blick:

In folgender Tabelle finden Sie die Zuzahlungen, die für das Erreichen der Belastungsgrenze und eine evtl. Befreiung berücksichtigt werden. (Die Aufstellung dient lediglich als Arbeitshilfe, für eine eventuelle Befreiung wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse.)

Krankenkassenleistungen	Zuzahlung	Anmerkungen / Beispiele
Praxisgebühr	10 Euro je Quartal	Für die nachfolgenden Behandlungen wird die Gebühr nicht erhoben. Für bestimmte Gesundheitsuntersuchungen (z.B. Krebsvorsorge, einmal jährlich Zahnprophylaxe) wird keine Zuzahlung fällig. Wird ohne Überweisung des behandelnden Arztes z.B. ein Facharzt konsultiert, ist auch an diesen die Praxisgebühr von 10 Euro zu entrichten. Wird der Facharzt aufgrund einer Überweisung des Hausarztes aufgesucht, fällt die Praxisgebühr nicht erneut an. <i>(Quartalsbezogene Überweisung)</i>
Arzneimittel und Verbandsmittel	10 % vom Abgabepreis, mind. 5 Euro, höchstens 10 Euro	Ein Medikament kostet 20 Euro. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 Euro. Ein Medikament kostet 75 Euro. Die Zuzahlung beträgt 10 % vom Preis, also 7,50 Euro. Ein Medikament kostet 120 Euro. Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 Euro begrenzt.
Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis, mind. 5 Euro, höchstens 10 Euro, in keinem Fall mehr als die Kosten des Mittels	Beispiele: Hörgerät, Rollstuhl

Krankenkassenleistungen	Zuzahlung	Anmerkungen / Beispiele
Hilfsmittel (zum Verbrauch bestimmt)	10 % je Packung, maximal 10 Euro im Monat	Beispiele: Ernährungs sonden, Windeln bei Inkontinenz
Heilmittel	10 % der Kosten und zusätzlich 10 Euro je Verordnung	Beispiel: Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie Werden Ihnen z.B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet, beträgt die Zuzahlung 10 Euro für dieses Rezept und zusätzlich 10 % der Kosten pro Massage.
Fahrkosten	Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung werden von den Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr übernommen. Nur in besonderen Ausnahmefällen darf die Krankenkasse nach vorheriger Genehmigung Fahrkosten übernehmen. In diesen Fällen ist – wie auch bei Fahrten zu einer stationären Behandlung – eine Zuzahlung von 10 % der Kosten, jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro je Fahrt, zu leisten.	
Vollstationäre Krankenhausbehandlung	10 Euro je Kalendertag für maximal 28 Tage je Kalenderjahr	Keine Zuzahlung bei teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung.
Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	10 Euro je Kalendertag	
Anschlussrehabilitation	10 Euro je Kalendertag für maximal 28 Tage je Kalenderjahr	
Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter	10 Euro je Kalendertag	
Haushaltshilfe	10 % der Kosten, mind. 5 Euro höchstens 10 Euro je Kalendertag	
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten und zusätzlich 10 Euro je Verordnung	

4.2 Zuzahlungsbefreiung

Versicherte, die im Laufe eines Jahres ihre individuelle Belastungsgrenze erreicht haben, können sich von ihrer Krankenkasse von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.

Grundsätzlich gilt: Die jährlichen Zuzahlungen der Versicherten dürfen 2 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nicht überschreiten. Wer nach einer ärztlichen Bescheinigung schwerwiegend chronisch krank ist, zahlt nicht mehr als 1 % seiner Bruttoeinnahmen.

Für die Berechnung der Belastungsgrenze sind die **Bruttoeinnahmen** zum Lebensunterhalt aller in einem Haushalt lebenden Personen maßgeblich. Dazu gehören unter anderem das Arbeitseinkommen oder die Rente, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Abfindungen und Betriebsrenten.

Welche Zuzahlungen werden angerechnet?

Für das Erreichen der Belastungsgrenze werden sämtliche Zuzahlungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt:

- Praxisgebühr bei Arzt- und Zahnarztbesuchen
- Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandsmitteln
- Zuzahlungen zu Heilmitteln, wie die physikalische Therapie (Massagen, Krankengymnastik), die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, die Ergotherapie sowie häusliche Krankenpflege
- Zuzahlungen zu Hilfsmitteln, wie Hörhilfen, Körperersatzstücke, Rollstühle oder Gehhilfen
- Zuzahlungen im Krankenhaus
- Zuzahlungen bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation
- Zuzahlungen bei der medizinischen Versorgung und Rehabilitation für Mütter und Väter
- Zuzahlungen bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege oder bei einer Haushaltshilfe
- Zuzahlungen zu genehmigten Fahrkosten.

Das sollten Sie tun:

Addieren Sie Ihre gesammelten Zuzahlungsbelege zu einem Gesamtbetrag und gleichen Sie diesen mit Ihrer persönlichen Belastungsgrenze ab. Bei der genauen Ermittlung Ihrer Belastungsgrenze hilft Ihnen auch Ihre Krankenkasse.

Haben Sie Ihre Belastungsgrenze erreicht oder bereits überschritten, können Sie sich bei Ihrer Krankenkasse auf Antrag von weiteren Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr befreien lassen.

Wenn die addierten Zuzahlungen bereits oberhalb Ihrer Belastungsgrenze liegen, erstattet Ihnen die Krankenkasse den zu viel gezahlten Betrag zurück. Einen Anspruch auf Rückerstattung können Sie auch noch im Folgejahr geltend machen!

4.3 Krankenkassenwechsel

Die Wahltarife der Krankenkassen

Mit dem „Wettbewerbsstärkungsgesetz“, der letzten Stufe der Gesundheitsreform, hat der Gesetzgeber die Einführung so genannter Wahltarife beschlossen. Die inzwischen von fast allen Krankenkassen umgesetzte Regelung sieht unter anderem Beitragsvergünstigungen bei einer entsprechenden Selbstbeteiligung vor, wie sie bisher unter anderem bei den KFZ-Ver sicherungen bekannt waren. Verbraucherschützer warnen jedoch davor, dass einige dieser Tarife schnell zur Kostenfalle werden können. Im Krankheitsfall besonders kritisch sind Verträge, an die ein Versicherter drei Jahre lang gebunden ist. Es empfiehlt sich deshalb der Wechsel zu einer Krankenkasse, die nicht auf dieser 36-monatigen Bindungsfrist besteht.

Informationen zum Kassenwechsel

Gesetzliche Krankenkassen bieten ihren Versicherten die gleiche Grundversorgung an, zu der neben der Vorsorge und den medizinischen Leistungen auch Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen gehören. Entscheidend für die Wahl der richtigen Krankenkasse sind deshalb die folgenden Fragen:

- Welche Zusatzleistungen können Sie bei der Gesundheitsvorsorge beanspruchen?
- Was bietet die jeweilige Kasse zur Wiederherstellung der Gesundheit und zur Linderung chronischer Krankheiten?
- Gibt es Möglichkeiten, z.B. über ein Bonusprogramm, Beiträge zu sparen oder
- Prämienpunkte für weitere Gesundheitsleistungen zu sammeln?

Vergleichen Sie die Leistungen der Krankenkassen und lassen Sie sich beraten.