

Zuzahlungen und Belastungsgrenzen auf einen Blick

Grundsätzlich beteiligen sich Versicherte ab 18 Jahren bei den Leistungen mit einer Zuzahlung von 10% der Kosten, mindesten 5 Euro, höchstens 10 Euro. Damit niemand überfordert wird, gilt eine Belastungsgrenze von 2% der Bruttoeinnahmen (bzw. 1% bei chronisch Kranken). Durch Freibeträge wird auf Familien Rücksicht genommen.

Die Zuzahlungen im Überblick:

Arznei- und Verbandmittel	10% des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro	pro Arzneimittel (nicht zuzahlungsbefreit)
Haushaltshilfe, Psychotherapie	10% der Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro	je Kalendertag der Leistung
Häusliche Krankenpflege	10% der Kosten + 10 Euro je Verordnung	für maximal 28 Kalendertage je Kalenderjahr
Heilmittel	10% der Kosten + 10 Euro je Verordnung	z. B. Massagen, Krankengymnastik
Hilfsmittel, Verbrauchsmittel	10% des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro	z. B. Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen (Verbrauchsmittel 10% je Packung, maximal 10 Euro für den Monatsbedarf)
Krankenhausbehandlung	10 Euro täglich	für maximal 28 Tage im Kalenderjahr, keine Zuzahlung bei teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung
Medizinische Vorsorge-/Rehabilitationsleistung	10 Euro täglich	bei Anschluss-Rehabilitation für maximal 28 Tage je Kalenderjahr (Anrechnung Krankenhauszuzahlung)
Fahrkosten	10% der Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro	

Kinder und Jugendliche (bis 18. Lebensjahr) sind von Zuzahlungen befreit (Ausnahme: Fahrkosten). Eigenanteile (nicht Zuzahlungen) gelten für kieferorthopädische Behandlung, Zahnersatz und künstliche Befruchtung. Nicht als „Zuzahlungen“ können berücksichtigt werden: Fahrkosten, die von uns nicht bezahlt werden (z. B. bei ambulanter Behandlung) sowie über die Vertragsleistungen hinausgehende Aufwendungen (z. B. nicht verordnungsfähige bzw. ausgeschlossene Arzneimittel, Aufwendungen über dem jeweiligen Festbetrag/Vertragspreis).

Die Höhe der Belastungsgrenze

Versicherte leisten Zuzahlungen während eines Kalenderjahres nur bis zu einer Belastungsgrenze von 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch Kranke, die wegen derselben, schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze 1% (für alle Angehörigen des Familienhaushalts). Als chronisch krank gilt ein Versicherter dann, wenn er wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde.

Die Zuzahlung und die Bruttoeinnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (Ehegatten einschließlich Lebenspartner, Kinder bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, danach solange sie familienversichert sind) werden jeweils zusammengerechnet. Die jährlichen Bruttoeinnahmen verringern sich um Freibeträge für im Haushalt lebende Angehörige und Kinder.

Erstattung sichern

Sammeln Sie alle Originalbelege (Quittungen) über Zuzahlungen. Dies gilt auch für die bei einem Aufenthalt in Staaten der Europäischen Union (einschließlich EWR und Schweiz) geleisteten Zuzahlungen, soweit sie mit den in Deutschland anfallenden vergleichbar sind. Am Jahresende reichen Sie die Unterlagen ein (Anträge gibt es bei uns), wenn Ihre Zuzahlungen über der Belastungsgrenze liegen – wir erstatten Ihnen den übersteigenden Betrag.

Befreiungsausweis

Wird die Belastungsgrenze bereits während des Kalenderjahres erreicht, ist eine vorzeitige Erstattung und ggf. Befreiung für die weiteren Monate möglich (gilt entsprechend bei Vorauszahlung der zu leistenden Zuzahlungen für das Kalenderjahr). Ein „Befreiungsausweis“ sichert Ihnen die Befreiung von Zuzahlungen. Bitte legen Sie ihn beim Arzt und unseren Vertragspartnern vor.