

Johannes Steffen

Zuzahlungen, Eigenanteile und Belastungsgrenzen

in der gesetzlichen Krankenversicherung 2008



Johannes Steffen
Zuzahlungen, Eigenanteile und Belastungsgrenzen
in der gesetzlichen Krankenversicherung 2008

<http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/>

Bremen, Dezember 2007

Inhalt

1. Zuzahlungsregelungen
2. Belastungsgrenze
3. Härtefallregelung bei Zahnersatz

1. Zuzahlungsregelungen

Infolge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) haben Versicherte seit 2004 zu allen Leistungen der GKV Zuzahlungen zu leisten.

- **Grundsätzlich** wird eine prozentuale Zuzahlung bei allen Leistungen in Höhe von 10% erhoben, es sind dabei allerdings nicht mehr als 10 Euro je Leistung zu zahlen. Mindestens müssen jeweils 5 Euro zugezahlt werden. Kostet die Leistung weniger als 5 Euro zahlt der Patient den vollen Preis der Leistung. **Abweichend hiervon** gilt bei Heilmitteln (z.B. Physiotherapie, Krankengymnastik, Massagen, Ergotherapie, Logopädie) und häuslicher Krankenpflege eine Zuzahlung von 10% je einzelner Leistung zuzüglich eines Betrages von 10 Euro je Verordnung (Rezept). Die Zuzahlung für häusliche Krankenpflege wird dabei auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr begrenzt. - Seit Juli 2006 brauchen Patienten für bestimmte rezeptpflichtige Arzneimittel nichts zuzahlen, wenn die Hersteller eine bestimmte Preisgrenze einhalten. Der Preis muss mindestens 30% unter dem Festbetrag liegen, den die KK für das Arzneimittel erstatten. Die Liste der betreffenden Medikamente wird von den KK zusammengestellt und kontinuierlich aktualisiert.
- Bei **ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung** beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Quartal und Behandlungsfall. Die Praxisgebühr wird erneut fällig, wenn der Versicherte im laufenden Quartal ohne Überweisung durch den zuerst aufgesuchten Arzt einen weiteren Arzt konsultiert. – Für die folgenden Leistungen wird keine Praxisgebühr fällig:
 - Schutzimpfungen,
 - jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung,
 - zweijährliche Untersuchung zur Früherkennung von Diabetes, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und der Nieren,
 - jährliche Kontrolle beim Zahnarzt sowie
 - Schwangerenbetreuung.
- Bei **Krankenhausaufenthalt** ist eine Zuzahlung von 10 Euro pro Tag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr zu leisten.
- Bei **stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen** beträgt die Zuzahlung ebenfalls 10 Euro pro Kalendertag. Die Begrenzung auf maximal 28 Tage pro Jahr gilt nur bei Anschlussheilbehandlung.
- **Minderjährige** bleiben grundsätzlich von Zuzahlungen befreit.
- Die bisher prozentualen Anteile der gesetzlichen Krankenkassen an den Kosten beim **Zahnersatz** wurden 2005 durch so genannte befundbezogene Festzuschüsse ersetzt. Maßgeblich für den Eigenanteil ist nicht mehr die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern diejenige, die in der Mehrzahl der Fälle angewandt wird. Die Höhe der befundbezogenen Festzuschüsse be-

trägt 50 Prozent der für die Regelversorgung notwendigen Leistungen. Die bisherigen Bonusregelungen bleiben erhalten: Wer weiterhin jedes Jahr zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung geht, für den erhöht sich der Zuschuss der Kasse auf bis zu 65% der Kosten der Regelversorgung.

Zuzahlungen und Eigenanteile in der GKV 2008

SGB V	Zuzahlungsbereiche	€ bzw. v.H.
§ 23	Stationäre Vorsorgemaßnahmen (täglich) ⁽¹⁾	10 €
§ 24	Vorsorgekuren für Mütter bei voller Kostenübernahme (täglich) ⁽¹⁾	10 €
§ 28	Ärztliche-, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung ^{(1) (2)}	10 €
§ 31	Arznei- und Verbandmittel ⁽¹⁾	10% ⁽⁴⁾
§ 32	Heilmittel ⁽¹⁾	10% ⁽⁵⁾
§ 33	Hilfsmittel ⁽¹⁾	10% ^{(4) (6)}
§ 39	Vollstationäre Krankenhausbehandlung (täglich) ^{(1) (7)}	10 €
§ 37	Häusliche Krankenpflege ^{(1) (7)}	10% ⁽⁵⁾
§ 37a	Soziotherapie (täglich) ⁽¹⁾	10% ⁽⁴⁾
§ 38	Haushaltshilfe (täglich) ⁽¹⁾	10% ⁽⁴⁾
§ 40	Stationäre medizinische Reha-Maßnahmen (täglich) ⁽¹⁾	
	Anschluss-Reha oder der Krankenhausbehandlung vergleichbare Reha-Maßnahmen ⁽⁷⁾	10 €
	übrige Reha-Maßnahmen	10 €
§ 41	Mütter-/Vätergenesungskuren bei voller Kostenübernahme (täglich) ⁽¹⁾	10 €
§ 55	Eigenanteil an medizinisch notwendiger Regelversorgung mit Zahnersatz ⁽³⁾	50%

⁽¹⁾ ab vollendetem 18. Lebensjahr

⁽²⁾ je Quartal und Behandlungsfall; nicht bei Überweisung innerhalb des Quartals, für Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen, Schwangerenvorsorge und Schutzimpfungen. Wer sowohl in psychotherapeutischer als auch in ärztlicher Behandlung ist, braucht nur einmal pro Quartal 10 Euro zu zahlen.

⁽³⁾ der Eigenanteil sinkt bei regelmäßiger Zahnpflege und regelmäßiger zahnärztlicher Untersuchung während der letzten 5 Jahre: 40% (während der letzten 10 Jahre: 35%)

⁽⁴⁾ mindestens 5 € und höchstens 10 €

⁽⁵⁾ plus 10 € je Verordnung

⁽⁶⁾ bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz) 10% je Packung und maximal 10 € für den Monatsbetrag je Indikation

⁽⁷⁾ für maximal 28 Tage im Kalenderjahr; berücksichtigt werden bei den 28 Tagen bereits geleistete Zuzahlungen in diesen Leistungsbereichen sowie Zuzahlungen für vergleichbare Leistungen der RV-Träger.

Darüber hinaus wurden mit dem GMG eine Reihe bisheriger gesetzlicher Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen oder stark ein-

geschränkt; hierzu zählen Sterbe- und Entbindungsgeld sowie Leistungen bei medizinisch nicht notwendiger Sterilisation. Nur noch in engen Grenzen bzw. nach vorheriger Genehmigung durch die KK erstattet werden Sehhilfen, Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie Fahrkosten für Taxi- und Mietwagenfahrten.

Die Krankenkassen können ihren Versicherten Boni für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen gewähren; hierzu zählen

- die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)
- strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (§ 137f SGB V)
- integrierte Versorgungsformen (§ 140a SGB V).

Als Bonus können die Krankenkassen unter anderem Ermäßigungen der gesetzlichen Zuzahlungen vorsehen. Die Kassen-Satzung kann auch eine vollständige Befreiung von Zuzahlungen vorsehen, wenn Versicherte

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

2. Belastungsgrenze

Seit dem Jahr 2004 (GMG) ersetzt folgende einheitliche Belastungsgrenze die bis dahin geltende vollständige bzw. teilweise Befreiung von Zuzahlungen:

- Für alle Versicherten gilt nunmehr für alle Zuzahlungen (Ausnahme: Eigenanteil bei Zahnersatz) gleichermaßen eine Belastungsobergrenze in Höhe von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (= zu versteuerndes Bruttojahreseinkommen des Vorjahres).
- Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Obergrenze 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt – dies aber nur unter folgender Voraussetzung:
 - für nach dem 1. April 1972 Geborene, die ab dem 1. Januar 2008 die in zweijährigem Abstand möglichen Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten – insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (§ 25 Abs. 1 SGB V) – vor der Erkrankung regelmäßig in Anspruch genommen haben,
 - für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen und nach dem 1. April 1962 geborene Männer, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung (§ 25 Abs. 2 SGB V) besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung regelmäßig in Anspruch genommen haben.
- Für Kinder und nicht berufstätige Ehegatten werden bei der Höhe des zugrundezulegenden Einkommens Freibeträge berücksichtigt.

Wird die maßgebliche Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, so hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen werden die Zuzahlungen und

die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des im gemeinsamen Haushalt lebenden Partners des Versicherten und der familienversicherten Kinder jeweils zusammengerechnet. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um

Zumutbarer Eigenanteil im Rahmen der Belastungsgrenze (2%) 2008 in Euro

Jahres-Brutto ⁽¹⁾	Zumutbarer Eigenanteil				
	Einzel-person	Ehe-paare	mit		
			einem Kind ⁽²⁾	zwei Kindern ⁽²⁾	drei Kindern ⁽²⁾
8.000	160	70,54	-	-	-
10.000	200	110,54	37,58	-	-
12.000	240	150,54	77,58	4,62	-
14.000	280	190,54	117,58	44,62	-
16.000	320	230,54	157,58	84,62	11,66
18.000	360	270,54	197,58	124,62	51,66
20.000	400	310,54	237,58	164,62	91,66
22.000	440	350,54	277,58	204,62	131,66
24.000	480	390,54	317,58	244,62	171,66
26.000	520	430,54	357,58	284,62	211,66
28.000	560	470,54	397,58	324,62	251,66
30.000	600	510,54	437,58	364,62	291,66
32.000	640	550,54	477,58	404,62	331,66
34.000	680	590,54	517,58	444,62	371,66
36.000	720	630,54	557,58	484,62	411,66
38.000	760	670,54	597,58	524,62	451,66
40.000	800	710,54	637,58	564,62	491,66
42.000	840	750,54	677,58	604,62	531,66
44.000	880	790,54	717,58	644,62	571,66

⁽¹⁾ ausgewählte Einkommensklassen
⁽²⁾ bei einem Freibetrag pro Kind in Höhe von 3.648 €

15% (= 4.473 €) und für jeden weiteren Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10% (= 2.982 €) der jährlichen → Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zu vermindern. Für jedes familienversicherte Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Betrag zu vermindern; die bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Minderung der Bruttoeinnahmen um 15% bzw. 10% gilt also für diese Kinder nicht (keine Doppelberücksichtigung). Die Krankenkassen berechnen pro Kind einen Freibetrag in Höhe von 3.648 €. – Abweichend von dieser generellen Regelung ist für Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) oder Arbeitslosengeld II für die Bedarfsgemeinschaft der jährliche Eckregelsatz bzw. die Eckregelleistung (347 € x 12 = 4.164 €) als Mindestbruttoeinnahme zum Lebensunterhalt (ohne weiteren Abzug von Freibeträgen) maßgebend.

Zu den *Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zählen* vor allem

- Bruttoarbeitsentgelt sowie Bruttoarbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit,
 - Kapitaleinkünfte sowie Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung
- des Versicherten und seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen.

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Beispiel: Ein Zwei-Personen-Haushalt bezieht monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt in Höhe von 1.500 € und liegt damit oberhalb der Härtefallgrenze (1.366,75 €). Für Zahnersatz falle ein Eigenanteil von 1.000 € an; dieser Eigenanteil mindert sich entsprechend der folgenden Rechnung:

(a) Einnahmen des Haushalts	1.500,00 €
(b) Maßgebende Härtefallgrenze	1.366,75 €
(c) Differenz: (a) - (b)	133,25 €
(d) Dreifacher Differenzbetrag	399,75 €
(e) Differenz: 1.000 € - (d)	600,25 €

Der vom Versicherten zu tragende Eigenanteil reduziert sich in diesem Fall auf 399,75 € – den restlichen Betrag von 600,25 € übernimmt die KK im Rahmen der gleitenden Härtefallregelung.

3. Härtefallregelung bei Zahnersatz

Eigenanteile bei der Versorgung mit Zahnersatz fallen nicht unter die Belastungsgrenze von 2%; bei Zahnersatzleistungen gilt vielmehr eine (**gleitende**) **Härtefallregelung** für kleine Einkommen. Versicherte haben Anspruch auf einen Zuschuss der Kasse in Höhe der für die Regelversorgungsleistung tatsächlich anfallenden Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 40% der monatlichen → Bezugsgröße nicht überschreiten; dieser Prozentsatz erhöht sich für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15% und für jeden weiteren Angehörigen des Versicherten um 10% der monatlichen Bezugsgröße,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge), Grundsicherungsleistungen im Alter oder bei dauerhaft voller Erwerbsminderung, Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitssuchende (Alg II, Sozialgeld) oder Ausbildungsförderung nach BAFöG oder SGB III erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung vom Sozialhilfeträger oder der Kriegsopferfürsorge getragen wird.

Wer oberhalb der Einkommensgrenzen der Härtefallregelung liegt, kann dennoch einen höheren als den befundbezogenen Festzuschuss erhalten; nach der so genannten gleitenden Härtefallregelung übernimmt die KK den vom Versicherten zu tragenden Anteil an den berechnungsfähigen Zahnersatzkosten, soweit dieser Anteil das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der maßgebenden monatlichen Härtefallgrenze übersteigt.

Monatliche Einkommensgrenzen für die Härtefallregelung beim Zahnersatz 2008

Haushaltsgröße	Grenzbetrag in Euro
Alleinstehende	994,00
2 Personen	1.366,75
3 Personen	1.615,25
4 Personen	1.863,75
5 Personen	2.112,25
je weitere Person	248,50