



Die wichtigsten Fragen und Antworten zu

Zuzahlungen und Belastungsgrenzen

Stand: 28. Februar 2023

- Wo liegt meine persönliche Belastungsgrenze?
- Wann gilt die Krankheit als schwerwiegend chronisch?
- Auf welcher Grundlage wird die Belastungsgrenze ermittelt?
- Was wird auf die Brutto-Einnahmen angerechnet?
- Muss ich Zuzahlungen auch dann leisten, wenn ich über ein geringes Einkommen verfüge?
- Wann werde ich von weiteren Zuzahlungen befreit und wie bekomme ich zu viel geleistete Zuzahlungen zurück?
- Kann ich mich im Voraus von Zuzahlungen befreien lassen?
- Anlage: Zuzahlungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung



Als Versicherte/r ab 18 Jahren müssen Sie zu verschiedenen Leistungen der Krankenkasse Zuzahlungen leisten. Einzige Ausnahme ist die Zuzahlung bei Fahrkosten, die auch nicht volljährige Versicherte zu zahlen haben.

Um eine finanzielle Überforderung zu vermeiden, müssen Sie aber innerhalb eines Kalenderjahres nur bis zu einer bestimmten Grenze zuzahlen (Belastungsgrenze). Ihre persönliche Belastungsgrenze wird jedes Jahr neu ermittelt.

Wichtig: Diese Zuzahlungsbegrenzung gilt nur für gesetzliche Zuzahlungen, aber nicht für Aufzahlungen für Medikamente über dem Festbetrag oder andere Mehrkosten.

Wo liegt meine persönliche Belastungsgrenze?

Ihre persönliche Belastungsgrenze ist dann erreicht, wenn Sie für Zuzahlungen mindestens folgende Beträge ausgeben:

- 2 % der jährlichen Brutto-Einnahmen zum Lebensunterhalt oder
- 1 % der jährlichen Brutto-Einnahmen, wenn Sie als chronisch Kranke/r wegen einer schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind. Dies muss Ihnen Ihre Ärztin/Ihr Arzt bestätigen. Diese Belastungsgrenze gilt dann auch für Ihre im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat für den Nachweis einen entsprechenden Vordruck in der Praxis. Sie müssen zudem die Teilnahme an bestimmten Gesundheitsuntersuchungen nachweisen. Darauf, welche das sind, muss die Krankenkasse Sie zu Beginn des Kalenderjahres hinweisen.

Wann gilt die Krankheit als schwerwiegend chronisch?

Als schwerwiegend chronisch krank gelten Sie, wenn Sie

- wenigstens ein Jahr lang und
- mindestens einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit ärztlich behandelt wurden (Dauerbehandlung).

Diese Krankheit muss eines der folgenden Merkmale aufweisen:

1. Es liegt mindestens Pflegegrad 3 vor.
2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.



3. Die Ärztin/der Arzt bescheinigt, dass Sie kontinuierlich medizinisch versorgt werden müssen und dass Sie sich therapiegerecht verhalten. Ohne diese Versorgung droht:
 - eine lebensbedrohliche Verschlimmerung,
 - eine Verminderung der Lebenserwartung oder
 - eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund der ständig behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörung.

Auf welcher Grundlage wird die Belastungsgrenze ermittelt?

Die Krankenkasse berücksichtigt Sie und die im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen bei der Berechnung der Jahres-Brutto-Einnahmen zum Lebensunterhalt. Anhand dieser Beträge ermittelt sie die Belastungsgrenze. Als Angehörige gelten Ehepartner, Lebenspartner (Lebenspartnerschaftsgesetz), familienversicherte und nicht familienversicherte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Ein gemeinsamer Haushalt gilt auch dann, wenn ein Ehepartner oder Lebenspartner dauerhaft im Pflegeheim ist.

Was wird auf die Brutto-Einnahmen angerechnet?

1. Die Belastungsgrenze errechnet die Krankenkasse aus den Brutto-Einnahmen zum Lebensunterhalt aller zu berücksichtigenden Angehörigen. Dazu gehören zum Beispiel:

- Arbeitsentgelt
- Sonderzahlungen
- Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Leistungen der Agentur für Arbeit/ der Kommune
- Renten, Pensionen
- Unterhalt
- Mieteinnahmen
- Zinserträge.

Nicht dazu gehören zum Beispiel:

- Kindergeld
- BAföG



2. Für Angehörige (Ehegatten, Lebenspartner) und für jedes zu berücksichtigende Kind zieht die Krankenkasse von den Bruttoeinnahmen Freibeträge ab.

Für 2022 und 2023 gelten dabei folgende Werte:

- für den ersten Angehörigen: 2022: 5.922 Euro; 2023: 6.111 Euro
- für jeden weiteren Angehörigen: 2022: 3.948 Euro; 2023: 4.074 Euro
- Kinderfreibetrag für kindergeldberechtigte Kinder: 2022: 8.388 Euro; 2023: 8.688 Euro.

Muss ich Zuzahlungen auch dann leisten, wenn ich über ein geringes Einkommen verfüge?

Haben Sie ein geringes Einkommen, gibt es eine Sonderregelung. Voraussetzung: Sie zählen zu einer dieser Gruppen:

- Empfänger von Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Sozialhilfe oder Grundsicherungsleistungen
- Empfänger von Kriegsofopferfürsorge
- Heimbewohner, deren Unterbringung von einem Träger der Sozialhilfe übernommen wird.

In diesem Fall errechnet die Krankenkasse die Belastungsgrenze aus dem Regelbedarf für einen Erwachsenen. Der Wert liegt bei 5.388 Euro für das Jahr 2022 bzw. bei 6.024 Euro für das Jahr 2023.

Für Versicherte, die im gesamten Kalenderjahr ein geringes Einkommen haben, liegt demnach die jährliche Belastungsgrenze von 2% bei 107,76 Euro (2022) bzw. bei 120,48 Euro (2023) - für Chroniker mit 1% bei 53,88 Euro (2022) bzw. bei 60,24 Euro (2023).

Für Familien mit geringem Einkommen gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands für die gesamte Bedarfsgemeinschaft als Berechnungsgrundlage. Die Freibeträge können daher nicht zusätzlich geltend gemacht werden.

Wann werde ich von weiteren Zuzahlungen befreit und wie bekomme ich zu viel geleistete Zuzahlungen zurück?

Wenn Sie mit Ihren Zuzahlungen die Belastungsgrenze erreicht bzw. überschritten



haben, befreit Sie die Krankenkasse auf Antrag für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen.

Achtung: Sie werden nicht automatisch von Ihrer Kasse benachrichtigt, wenn Ihre Belastungsgrenze erreicht ist. Sammeln Sie deshalb alle Zuzahlungsbelege im Original und behalten Sie Ihre Zuzahlungen im Auge. Sobald Sie die Belastungsgrenze erreicht haben, können Sie die Befreiung für den Rest des Jahres beantragen. Zu viel geleistete Zuzahlungen erstattet Ihnen die Krankenkasse, wenn Sie einen Antrag stellen.

Tipp: Sammeln Sie alle Zuzahlungsbelege im Original, die Sie selbst und gegebenenfalls zu berücksichtigende Familienangehörige betreffen. Einzelbelege müssen dann nicht eingereicht werden, wenn Ihnen Ihre Apotheke eine Sammelrechnung ausstellt.

Die Sammelrechnung/Belege muss/müssen diese Angaben enthalten:

- Vor- und Nachname
- Art bzw. Zweck der zuzahlungspflichtigen Leistung (z.B. Arzneimittel)
- Höhe der Zuzahlung
- Zeitpunkt der Abgabe der Leistung
- Abgegebene Stelle (z.B. Stempel der Apotheke)

Übrigens: Sie können die Befreiung von der Zuzahlung rückwirkend für die letzten vier Kalenderjahre beantragen.

Kann ich mich im Voraus von Zuzahlungen befreien lassen?

Sie können sich im Voraus auf Antrag für den Rest des laufenden Jahres oder für das ganze kommende Kalenderjahr von Zuzahlungen befreien lassen. Voraussetzung: Es ist absehbar, dass Ihre Zuzahlungen die Belastungsgrenze überschreiten werden. Dazu müssen Ihre voraussichtlichen kalenderjährlichen Einnahmen verlässlich hochgerechnet werden können.

Wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen, errechnet die Krankenkasse Ihre individuelle Belastungsgrenze unter Vorbehalt. Sie zahlen dann die Differenz zwischen den bereits geleisteten Zuzahlungen und der Belastungsgrenze bzw. den gesamten Betrag in Höhe der Belastungsgrenze im Voraus.

Danach sollten Sie von Ihrer Krankenkasse Ihre Befreiungskarte erhalten und ersparen sich das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Achtung: Die Krankenkasse erstattet Ihnen Beträge aus einer geleisteten Vorauszahlung regelmäßig nicht zurück.



Anlage: Zuzahlungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Arznei- und Verbandmittel	10 Prozent des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Zusätzliche Kosten können nicht auf die Belastungsgrenze angerechnet werden, z.B. wenn Arznei- und/oder Verbandmittel abgegeben werden, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen oder Arzneimittel gekauft wurden, die nicht verschreibungspflichtig sind oder bei wirtschaftlicher Aufzahlung.
Vollstationäre Krankenhausbehandlung	10 Euro pro Kalendertag, maximal 28 Tage je Kalenderjahr
Heilmittel	10 Prozent der Kosten je Anwendung zuzüglich 10 Euro je Verordnung
Hilfsmittel	10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, (z.B. Einmalwindeln): 10 Prozent je Packung, maximal 10 Euro pro Monat
Soziotherapie und Haushaltshilfe	10 Prozent der kalendertäglichen Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, je Kalendertag, an dem die Haushaltshilfe in Anspruch genommen wird



Fahrkosten	10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro je Fahrt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Hin- und Rückfahrten gelten grundsätzlich als getrennte Fahrten. Folglich werden Zuzahlungen sowohl für die Hin- als auch für die Rückfahrt fällig.
Stationäre Vorsorge	10 Euro pro Kalendertag
Medizinische Rehabilitation (ambulant und stationär)	10 Euro pro Kalendertag Bei Anschlussheilbehandlung begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr unter Anrechnung der Zuzahlung für die Krankenhausbehandlung
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten zuzüglich 10 Euro pro Verordnung, begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr

Achtung: Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind zuzahlungsfrei (Ausnahme: Fahrkosten).

Quellen und weiterführende Informationen:

Zuzahlungen: § 61 SGB V

Belastungsgrenze: § 62 SGB V

Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses



Erstellung: 24. März 2019 • Letzte inhaltliche Überarbeitung: 28. Februar 2023

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) mit Sitz in Berlin ist eine gemeinnützige Einrichtung. Sie berät im gesetzlichen Auftrag Ratsuchende unabhängig, neutral und kostenfrei zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen.

Das Beratungsteam ist online über die UPD-Homepage, per Post oder telefonisch an 80 Stunden in der Woche unter der Telefonnummer 0800 011 77 22 (montags bis freitags von 8.00 bis 22.00 Uhr und samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr) erreichbar. Fremdsprachige Angebote: Beratung auf Türkisch, Rufnummer: 0800 011 77 23, Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr; Beratung auf Russisch, Rufnummer: 0800 011 77 24, Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr; Beratung auf Arabisch, Rufnummer: 0800 332 212 25, Zeiten: dienstags 11.00 bis 13.00 Uhr und donnerstags 17.00 bis 19.00 Uhr.

Darüber hinaus erreichen Ratsuchende die Beratung über eine der 30 regionalen Beratungsstellen oder eines der drei UPD-Beratungsmobile, die regelmäßig mehr als 100 weitere Städte besuchen. Die regionale Beratung kann nach telefonischer Terminvereinbarung unter der kostenfreien Nummer 0800 011 77 25 genutzt werden, die mobile Beratung kann auch spontan aufgesucht werden. Weitere Informationen zu den Standorten der regionalen Beratung und eine Übersicht über die von den Mobilien angefahrenen Städte finden sich auf: www.patientenberatung.de.

Impressum

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH
Tempelhofer Weg 62 | 12347 Berlin
ViSdP: Thorben Krumwiede