



Informationsblatt Nr. 7

Zuzahlungen zu Leistungen der Krankenkasse

Der Gesetzgeber verlangt für bestimmte Leistungen der Krankenkassen Zuzahlungen von den Versicherten.

Krankenkassenleistung	Zuzahlungshöhe
Arzneimittel, Verbandsmittel, Hilfsmittel, Fahrkosten, Soziotherapie, Haushaltshilfe	10% des Preises, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro je Verordnung. Nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Heilmittel (z.B. Physiotherapie, Logopädie)	10% der Kosten und der Kosten des Hausbesuches, zuzüglich 10 € je Verordnung
Häusliche Krankenpflege	10% der Kosten begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung
Inkontinenzmaterial	10% der Kosten, maximal 10 € für den gesamten Monatsbedarf
Krankenhausbehandlung	10 € pro Tag für bis zu 28 Tage im Kalenderjahr
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Kuren	10 € pro Tag unabhängig von der Dauer der Reha. Sollte die Reha länger als 42 Tage dauern, wird die Zuzahlung auf 28 Tage begrenzt. Ausnahme: Anschlussheilbehandlung ist wie Krankenhausbehandlung zu betrachten.
Zahnersatz	Aufgrund der Festzuschüsse und unter Berücksichtigung des Bonus ist der Eigenanteil variabel. Zahnarztrechnungen werden nicht beim Antrag auf Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt

Versicherte bis zum 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit (Ausnahme: Fahrkosten).

Belastungsgrenzen

Jedes Jahr müssen alle Versicherten ab dem 18. Lebensjahr eine Zuzahlung in Höhe von 2 %, chronisch Erkrankte von 1 % ihres jährlichen Bruttoeinkommens leisten.

Dazu werden alle in einem Kalenderjahr erhaltenen Bruttoeinnahmen der Versicherten und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen angerechnet, um die Belastungsgrenzen herauszufinden.

Wenn die Zuzahlungen höher als diese Belastungsgrenzen sind, kann man beantragen, sich durch eine Vorauszahlung für das nächste Jahr befreien zu lassen, oder nachweisen, dass man bereits im laufenden Jahr den Betrag gezahlt hat.

Antragstellende erhalten einen zum Ende des Kalenderjahres befristeten Befreiungsausweis und brauchen nach dessen Vorlage keine weiteren Zahlungen mehr zu leisten.

Chronisch krank

Zu einer chronischen Erkrankung zählen die Leiden, die mindestens einmal in drei Monaten für eine Dauer von mindestens einem Jahr ärztlich behandelt werden müssen (z.B. Diabetes). Eine der folgenden Voraussetzungen muss außerdem gegeben sein:

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 oder
- Schwerbehindertenausweis mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent, aufgrund der chronischen Erkrankung oder
- Eine erforderliche medizinische oder therapeutische Behandlung, ohne die sich der Gesundheitszustand verschlimmern würde.

Für die Anerkennung der chronischen Erkrankung muss eine vom Arzt / von der Ärztin ausgefüllte Bescheinigung vorliegen.

Gerne beraten Sie die Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes

Kostenfreie Servicenummer 0800 59 500 59

www.pflegestuuetzpunkteberlin.de

Träger der Pflegestützpunkte sind das Land Berlin sowie die Pflege- und Krankenkassen in Berlin