

Normen

§ 23 Abs. 6 SGB V i.V.m. §§ 61 Satz 2 , 24 Abs. 3 SGB V i.V.m. §§ 61 Satz 2 , 40 Abs. 5 SGB V i.V.m. §§ 61 Satz 2 , 41 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V

Information

Inhaltsübersicht

1. Ambulante und stationäre medizinische Vorsorgeleistung
2. Vorsorgeleistung für Mütter und Väter
3. Medizinische Rehabilitationsmaßnahme
4. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

1. Ambulante und stationäre medizinische Vorsorgeleistung

Eine tägliche Zuzahlung ist bei Ableistung einer ambulanten Vorsorgeleistung nicht vorgesehen. Allerdings ist die normale gesetzliche Zuzahlung (Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten der Heilmittel zuzüglich 10,00 EUR je Verordnung) für die Heilmittelentnahme am Kurort zu erbringen.

Die Zuzahlung für stationäre Vorsorgeleistungen beträgt ab Vollendung des 18. Lebensjahres bundeseinheitlich 10,00 EUR je Kalendertag. Der Anreise- und Abreisetag wird bei jeder der Maßnahmen jeweils als zuzahlungspflichtiger Kalendertag gerechnet (§ 23 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V).

2. Vorsorgeleistung für Mütter und Väter

Die Zuzahlung beträgt ab Vollendung des 18. Lebensjahres bundeseinheitlich 10,00 EUR je Kalendertag (§ 24 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V).

3. Medizinische Rehabilitationsmaßnahme

Die Zuzahlung beträgt ab Vollendung des 18. Lebensjahres bundeseinheitlich 10,00 EUR je Kalendertag (§ 40 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V).

Wird die Leistung in unmittelbarem Anschluss - spätestens innerhalb von 14 Tagen - an eine Krankenhausbehandlung erbracht (Anschlussrehabilitation), ist die Zuzahlung für längstens 28 Tage je Kalenderjahr zu leisten. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung bei medizinischer Rehabilitation sowie die Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung sind auf die Zahlung anzurechnen. Der GKV-Spitzenverband hat Indikationen festgelegt, bei denen die Begrenzungsregelung auch für eine medizinisch notwendige stationäre Leistung Anwendung findet, ohne dass es sich um eine Anschlussrehabilitation handelt.

4. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Die Zuzahlung beträgt ab Vollendung des 18. Lebensjahres bundeseinheitlich 10,00 EUR je Kalendertag (§ 41 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V).

Hinweis:

Bei Maßnahmen der Krankenversicherung ist die Zuzahlung maximal bis zur individuellen jährlichen Belastungsgrenze zu leisten.

In der Rentenversicherung kommt ggf. eine Befreiung nach den "Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe" in Betracht.