

Zuzahlungen

Normen

§ 62 SGB V

Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 13./14.06.2017

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte ("Chroniker-Richtlinie") i.d.F. vom 22.01.2004, zuletzt geändert am 19.06.2008, in Kraft getreten am 20.08.2008

Kurzinfo

Bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind Zuzahlungen der Versicherten gesetzlich vorgesehen.

Versicherte haben Zuzahlungen höchstens bis zu einer Belastungsgrenze von 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens zu leisten. Die vollständige Befreiung von Zuzahlungen entfällt. Für chronisch Kranke beträgt die Einkommensgrenze nur 1 %, vorausgesetzt es handelt sich um eine schwerwiegende chronische Erkrankung. Eine vollständige Befreiung wegen chronischer Erkrankungen ist demnach nicht mehr möglich.

Für den Bereich Zahnersatz gibt es mit der gleitenden Härtefallregelung nach § 55 Abs. 3 SGB V eine Sonderregelung.

Die Krankenkassen können Arzneimittel von der Zuzahlung befreien, wenn der Preis des Medikaments mind. 30 % unterhalb des Festbetrags liegt.

Information

1. Zuzahlungspflichtige Leistungen

Für Leistungen der GKV sind folgende Zuzahlungen zu leisten:

Leistung	Vorschrift	Zuzahlung - neue Rechtslage
Ambulante Psychotherapie	§§ 37a Abs. 3 , 61 Satz 1 SGB V	Zuzahlung 10 % je Leistungstag, mind. 5,00 EUR, höchst. 10,00 EUR
Ambulante Rehabilitationsleistungen	§§ 40 Abs. 5 , 61 Satz 2 SGB V	Zuzahlung 10,00 EUR pro Tag
Anschluss-Rehabilitationen	§§ 40 Abs. 6 , 61 Satz SGB V	Zuzahlung 10,00 EUR pro Tag für max. 28 Tage pro Kalenderjahr
Arzneimittel	§§ 31 Abs. 3 , 61 Satz 1 SGB V	Zuzahlungen 10 %, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grds. nicht mehr von der GKV zu bezahlen. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen legt regelmäßig fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ausnahmsweise zulasten der GKV verordnet werden dürfen. Die Krankenkassen können jedoch Arzneimittel von der Zuzahlung befreien , wenn der Preis des Medikaments mind. 30 % unterhalb des

		Festbetrags liegt. Patienten erhalten so einen Anreiz, bei ihrem Arzt auf der Verordnung eines solchen preisgünstigen Präparates zu bestehen. Deren Marktanteil soll damit erhöht werden.
Häusliche Krankenpflege	§§ 37 Abs. 5 , 61 Satz 3 SGB V	Zuzahlung 10 % je Leistungstag, max. für 28 Kalendertage je Kalenderjahr sowie 10,00 EUR je Verordnung
Haushaltshilfe	§§ 38 Abs. 5 , 61 Satz 1 SGB V	Zuzahlung 10 % je Leistungstag, mind. 5,00 EUR, höchst. 10,00 EUR
Hilfsmittel	§§ 33 Abs. 2 , 61 Satz 1 SGB V	Zuzahlung 10 % des Abgabepreises, mind. jedoch 5,00 EUR höchst. 10,00 EUR, die Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt 10 % je Packung, höchst. jedoch 10,00 EUR für den Monatsbedarf je Indikation
Heilmittel	§§ 32 Abs. 2 , 61 Satz 3 SGB V	Zuzahlung 10 % der Kosten und 10,00 EUR je Verordnung
Krankenhausbehandlung	§§ 39 Abs. 4 , 61 Satz 2 SGB V	Zuzahlung 10,00 EUR pro Tag für max. 28 Tage pro Kalenderjahr
Stationäre Rehabilitationsleistungen	§§ 40 Abs. 5 , 61 Satz 2 SGB V	Zuzahlung 10,00 EUR pro Tag
Stationäre Vorsorgeleistungen	§§ 23 Abs. 6 , 61 Satz 2 SGB V	Zuzahlung 10,00 EUR pro Tag
Stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter	§§ 24 Abs. 3 , 61 Satz 2 SGB V	Zuzahlung 10,00 EUR pro Tag
Stationäre Rehabilitationsleistungen für Mütter/Väter	§§ 41 Abs. 3 , 61 Satz 2 SGB V	Zuzahlung 10,00 EUR pro Tag

Die Höhe der Zuzahlung zu **Fahrkosten** beträgt 10 % der Kosten, mind. jedoch 5,00 EUR und höchst. 10,00 EUR, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Zuzahlungen zu Fahrkosten haben auch Versicherte zu leisten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Zuzahlung ist grundsätzlich je Fahrt zu entrichten.

Die Krankenkasse übernimmt den die Zuzahlung nach § 61 Satz 1 SGB V je Fahrt (d.h. 10 % des Fahrpreises, mind. 5,00 EUR höchst. 10,00 EUR) übersteigenden Betrag der Fahrkosten, die aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind:

- bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
- bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung, zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus oder zum ambulanten Operieren im Krankenhaus,

wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

2. Erstattung von Zuzahlungen

Erreichen bzw. überschreiten der Versicherte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ihren tatsächlich geleisteten und nachgewiesenen Zuzahlungen bereits vor dem Ende des Kalenderjahres die ermittelte Belastungsgrenze, sind die zu viel gezahlten Beträge zu erstatten. Darüber hinaus werden die Versicherten für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit.

Sind im Laufe eines Kalenderjahres

- einzelne Versicherte bei mehr als einer Krankenkasse versichert oder
- Versicherte eines Familienverbundes bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert,

werden die Erstattung des von den Krankenkassen insgesamt zu übernehmenden Anteils an Zuzahlungen sowie die Befreiung von den Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr für das restliche Kalenderjahr nach den folgenden Regelungen durchgeführt.

2.1 Zuständigkeit

Für die Ermittlung der Belastungsgrenze bzw. die Erstattung der über die Belastungsgrenze hinausgehenden Zuzahlungen sind die Krankenkassen zuständig, bei der die Versicherten des Familienverbundes zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der zuerst angegangenen Krankenkasse jeweils versichert sind. Dies gilt sowohl für den Fall eines Krankenkassenwechsels im laufenden Kalenderjahr als auch bei unterschiedlicher Krankenkassenzuständigkeit innerhalb einer Familie.

Wird der Antrag erst nach Ablauf des zu beurteilenden Kalenderjahres gestellt, sind die Krankenkassen zuständig, bei denen die Versicherten am Ende des zu beurteilenden Kalenderjahres versichert waren.

Besteht zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. bei nachträglicher Antragstellung am Ende des Jahres, für das der Antrag gestellt wird, keine Versicherung, sind die Krankenkassen zuständig, bei denen im Laufe des Kalenderjahres zuletzt eine Versicherung bestanden hat.

Der Antrag wird von der zuerst angegangenen Krankenkasse mit Wirkung für die anderen zuständigen Krankenkassen bearbeitet, sofern sie selbst eine der zuständigen Krankenkassen ist.

Wechselt ein für ein Kalenderjahr bereits befreiter Versicherter zu einer anderen Krankenkasse, akzeptiert diese grundsätzlich die Feststellungen der bisherigen Krankenkasse und befreit den Versicherten für denselben Zeitraum, für den bereits eine Befreiung vorlag. Ein Ausgleich bereits entrichteter Voraus- oder Zuzahlungen zwischen den Krankenkassen findet nicht statt. Eine Aufteilung einer Erstattung der über die Belastungsgrenze hinausgehenden Zuzahlungen für diesen Versicherten auf die anderen Krankenkassen erfolgt ebenfalls nicht.

Sofern nach der Ausstellung einer Bescheinigung über die Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen weitere Zuzahlungsbelege eingereicht werden, werden diese unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Fälligkeit oder Entrichtung von der für den Versicherten jeweils zum Zeitpunkt der Antragstellung auf nachträgliche Erstattung zuständigen Krankenkasse erstattet. Auf eine Neuberechnung der Teilerstattungsbeträge bzw. des Vorauszahlungsbetrages wird verzichtet.

2.2 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres

Die zuerst angegangene Krankenkasse stellt die Belastungsgrenze und den Erstattungsbetrag für den gesamten Familienverbund fest und teilt den Erstattungsbetrag unter den beteiligten Krankenkassen im Verhältnis der nach den einzelnen berücksichtigungsfähigen Personen im Familienverbund gezahlten Zuzahlungen zum Gesamtbetrag aller Zuzahlungen auf und erstattet ihren Versicherten den von ihr zu tragenden Teilbetrag.

Die von den anderen Krankenkassen zu erstattenden Teilbeträge werden dem Versicherten mit einem Mustervordruck in entsprechender Anzahl mitgeteilt. Eine weitere Aufteilung der Teilbeträge in die jeweiligen Leistungsbereiche ist nicht erforderlich. Die von der zuerst angegangenen Krankenkasse ermittelten jeweiligen Erstattungsbeträge werden dabei von den anderen Krankenkassen akzeptiert.

2.3 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr

Erreichen bzw. überschreiten der Versicherte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ihren tatsächlich geleisteten und nachgewiesenen Zuzahlungen bereits vor dem Ende des Kalenderjahres die ermittelte Belastungsgrenze, gelten die oben beschriebenen Verfahrensweisen entsprechend. Daneben befreit die zuerst angegangene Krankenkasse ihren Versicherten im laufenden Kalenderjahr für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen.

Mit der Befreiung des Versicherten von den Zuzahlungen haben auch die übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bei den anderen Krankenkassen versichert sind, Anspruch, von der für sie zuständigen Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreit zu werden. Hierzu informiert die Krankenkasse ihren Versicherten mit der Ausstellung des Befreiungsausweises über die Möglichkeit, dass die bei den anderen Krankenkassen versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen ebenfalls für den Rest des Kalenderjahres befreit werden können.

Die Feststellung der Belastungsgrenze erfolgt auf der Basis der zum Zeitpunkt der Prüfung bestehenden aktuellen Verhältnisse durch eine Schätzung der kalenderjährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt unter Einbeziehung der voraussichtlich im weiteren Verlauf des Kalenderjahres zu erwartenden Einnahmen (z.B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) und Einkommenssteigerungen (z.B. Rentenanpassung). Bei stark schwankenden Einkünften kann eine vergleichende Berücksichtigung der Gesamtbruttoeinnahmen des Vorjahres erfolgen.

Bei einer Befreiung von den Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr für den Rest des Kalenderjahres soll sich eine erneute Prüfung der Belastungsgrenze auch bei einem Wechsel der Krankenkasse auf die Fälle beschränken, in denen sich wesentliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse oder der Einkommensverhältnisse i.S.d. § 48 SGB X ergeben (z.B. Beschäftigungsaufnahme nach Sozialhilfebezug, Heirat, Tod).

Kommt eine ausnahmsweise durchgeführte erneute Überprüfung zu einer von der bisherigen Entscheidung abweichenden Bewertung, sind die ggf. hiervon betroffenen Krankenkassen der übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen bzw. die vorherige Krankenkasse des Versicherten hiervon in Kenntnis zu setzen. Die Versicherten sollen mit der Befreiung aufgefordert werden, wesentliche Änderungen der Krankenkasse mitzuteilen.