

DAK-Versicherungsexperten informieren und beraten Sie über Leistungen, Beiträge und Mitgliedschaft.

DAKdirekt 01801-325 325

24 Stunden an 365 Tagen

3,9 Cent/Minute aus dem Festnetz der Dt. Telekom.
Abweichungen bei Anrufen aus Mobilfunknetzen.

DAK-Medizinexperten antworten auf alle Fragen zu medizinischen Themen. Mit Kinder- und Sportmedizin-Hotline.

DAKGesundheitdirekt 01801-325 326

24 Stunden an 365 Tagen

3,9 Cent/Minute aus dem Festnetz der Dt. Telekom.
Abweichungen bei Anrufen aus Mobilfunknetzen.

DAK-Medizinexperten helfen Ihnen weltweit bei Erkrankungen im Urlaub.

DAKAuslanddirekt 0049-621-549 00 22

24 Stunden an 365 Tagen

www.dak.de

Zuzahlungen und Belastungsgrenzen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Wissen, was läuft:
die wichtigsten Informationen
auf einen Blick.**

DAK

Unternehmen Leben

Inhalt.

1. Die Zuzahlungen	04
1.1 Ambulante, ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung	
1.2 Arznei- und Verbandmittel	
1.3 Stationäre Krankenhausbehandlung	
1.4 Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Vorsorgemaßnahmen	
1.5 Heilmittel	
1.6 Hilfsmittel	
1.7 Häusliche Krankenpflege	
1.8 Soziotherapie und Haushaltshilfe	
1.9 Fahrkosten	
2. Ihre persönliche Belastungsgrenze	06
2.1 Maßstab sind Ihre Bruttoeinnahmen	
2.2 Das wird angerechnet	
2.3 Die niedrige Belastungsgrenze	
3. Befreiung von Zuzahlungen	10
3.1 Kein oder nur geringes Einkommen	
3.2 Belastungsgrenze erreicht	

Gesetzliche Neuregelung der Voraussetzungen für die niedrigere Belastungsgrenze Seite 08/09

Zuzahlungen bis zu Ihrer persönlichen Belastungsgrenze.

Die DAK gibt Ihnen die Gewissheit, dass Sie bei Erkrankung eine medizinische Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft erhalten. Für bestimmte Leistungen hat der Gesetzgeber Zuzahlungen vorgeschrieben. Im ersten Abschnitt dieser Broschüre erhalten Sie hierüber einen Überblick.

Damit niemand durch Zuzahlungen finanziell überfordert wird, gibt es eine persönliche Belastungsgrenze. Sie liegt bei 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen. Für chronisch Kranke liegt sie bei 1 %. Wir zeigen Ihnen im zweiten Abschnitt auf, wie Sie Ihre persönliche Belastungsgrenze errechnen können. Außerdem zeigen wir Ihnen, wie Sie zu viel geleistete Zuzahlungen zurückerhalten und wie Sie sich im Voraus von Zuzahlungen befreien lassen können.

Übrigens: Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres brauchen keine Zuzahlungen zu leisten (Ausnahme: Fahrkosten).

1. Die Zuzahlungen.

1.1 Ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung

Für den ersten Besuch im Quartal beim Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten ist eine Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro zu zahlen.

Ausnahmen

- Sie haben die Praxisgebühr bereits bezahlt und erhalten innerhalb dieses Quartals eine Überweisung (z. B. von Ihrem Hausarzt).
- Keine Praxisgebühr fällt an für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, Kontrollbesuche beim Zahnarzt und Schutzimpfungen.

1.2 Arznei- und Verbandmittel

Zu zahlen sind 10 % des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten (Ausnahme: zuzahlungsfreie Arzneimittel).

Auf die im zweiten Abschnitt behandelte Belastungsgrenze können zusätzliche Kosten nicht angerechnet werden, die beispielsweise entstehen, weil der Festbetrag überschritten wurde. Dasselbe gilt für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

1.3 Stationäre Krankenhausbehandlung

10 Euro pro Tag, maximal 28 Tage im Kalenderjahr.

1.4 Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Vorsorgemaßnahmen (auch für Mütter und Väter)

10 Euro pro Tag – bei Anschlussrehabilitation begrenzt auf 28 Tage je Kalenderjahr.

1.5 Heilmittel

10 % der Kosten je Anwendung zuzüglich 10 Euro je Verordnung.

1.6 Hilfsmittel

10 % der Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro – jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Einmalwindeln), beträgt die Zahlung 10 % je Packung (maximal 10 Euro pro Monat).

1.7 Häusliche Krankenpflege

10 % der Behandlungskosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung, begrenzt auf die ersten 28 Leistungstage im Kalenderjahr.

1.8 Soziotherapie und Haushaltshilfe

10 % der kalendertäglichen Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

1.9 Fahrkosten

10 % der Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro je Fahrt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen dürfen nur in besonderen Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung übernommen werden. Auch hierfür wird die Zuzahlung fällig.

2. Ihre persönliche Belastungsgrenze.

Damit Sie nicht unzumutbar belastet werden, gibt es für Zuzahlungen eine persönliche Belastungsgrenze.

Berücksichtigt für die Ermittlung dieser Grenze werden Sie und Angehörige, die mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt leben. Das gilt sowohl für die Ermittlung der Jahres-Bruttoeinnahmen als auch für die geleisteten Zuzahlungen. Als Angehörige gelten der Ehepartner oder Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz) und alle familienversicherten Kinder, auch wenn sie nicht bei der DAK versichert sind.

2.1 Maßstab sind Ihre Bruttoeinnahmen

Die individuelle Belastungsgrenze liegt bei 2 % Ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Wer nach einer ärztlichen Bescheinigung schwerwiegend chronisch krank ist, muss nicht mehr als 1 % seiner jährlichen Bruttoeinnahmen zahlen.

2.2 Das wird angerechnet

Die Belastungsgrenze errechnet sich aus den Bruttoeinnahmen (aller zu berücksichtigenden Angehörigen), die für den Lebensunterhalt zur Verfügung stehen. Dazu gehören zum Beispiel Arbeitsentgelt, Sonderzahlungen, Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Leistungen der Agentur für Arbeit oder der Kommune, Renten, Pensionen, Unterhalt, Mieteinnahmen und Zinserträge.

Für den ersten Angehörigen (z. B. der Ehegatte oder bei Alleinerziehenden das erste Kind) und für jedes (weitere) familienversicherte Kind werden Freibeträge abgezogen.

Beispiel (2008):

Bruttoeinnahmen

Versicherter –		
jährliche Einnahmen	40.000,00 €	
+ Ehe-/Lebenspartner –		
jährliche Einnahmen	18.000,00 €	
+ zwei Kinder – keine Einnahmen	<u>0,00 €</u>	
		58.000,00 €

./. Freibeträge

Ehe-/Lebenspartner	4.473,00 €	
1. Kind	3.648,00 €	
2. Kind	<u>3.648,00 €</u>	
		<u>11.769,00 €</u>
= maßgebendes Einkommen		<u>46.231,00 €</u>

Belastungsgrenze für das Kalenderjahr	2 %	924,62 €
	1 %	462,31 €

2.3 Die niedrigere Belastungsgrenze

Für Versicherte mit einer schwerwiegenden chronischen Krankheit liegt die Belastungsgrenze bei 1 % der Jahresbruttoeinnahmen. Diese gilt dann auch für die anderen Familienangehörigen.

Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer wenigstens ein Jahr lang (mindestens einmal pro Quartal) wegen derselben Krankheit ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung). Außerdem muss eines der folgenden Merkmale zutreffen:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III oder ein Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (wegen dieser Erkrankung) von mindestens 60 %.
- Es wird kontinuierlich eine medizinische Behandlung durchgeführt, ohne die sich die Erkrankung lebensbedrohlich verschlimmern, die Lebenserwartung vermindern oder die Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigt würde. Das muss vom Arzt bescheinigt werden.

Eine solche Bescheinigung darf der Arzt ab 1. Januar 2008 nur noch für diejenigen ausstellen, die sich „therapiegerecht“ verhalten. Als therapiegerechtes Verhalten gilt beispielsweise, den Therapieempfehlungen des Arztes zu folgen oder an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilzunehmen.

Für DAK-Versicherte mit anerkannter Pflegestufe II oder III ist keine ärztliche Bestätigung erforderlich.

Neu: Beratung und Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Jüngere Versicherte (Frauen, die nach dem 1. April 1987, und Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren sind) haben seit dem 1. Januar 2008 zusätzliche Voraussetzungen zu erfüllen:

Sie müssen sich zwingend einmalig über die Vor- und Nachteile der Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs beraten lassen. Nur dann besteht im Falle einer solchen Erkrankung Anspruch auf die abgesenkte Zuzahlungsgrenze.

- Frauen müssen innerhalb von zwei Kalenderjahren nach Erreichen des 20. Lebensjahres (frühestens jedoch ab 2008) einen Nachweis über eine Beratung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs erbringen.
- Männer müssen innerhalb von 2 Kalenderjahren nach Erreichen des 50. Lebensjahres (frühestens ab 2012) nachweisen, dass sie eine Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs in Anspruch genommen haben.

Für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen müssen Sie keine Praxisgebühr zahlen.

Versicherte, die schon vor dem 1. April 2007 chronisch erkrankt waren und bereits von der 1-Prozent-Zuzahlungsgrenze nach altem Recht profitieren konnten, behalten ihre Zuzahlungsvergünstigung. Therapiegerecht verhalten müssen sie sich natürlich ebenfalls.

3. Befreiung von Zuzahlungen.

3.1 Kein oder nur geringes Einkommen

Für Versicherte ohne oder nur mit geringem Einkommen gibt es eine Sonderregelung: Als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze gilt hier der Regelsatz des Haushaltsvorstandes für die gesamte Bedarfsgemeinschaft. Das betrifft z. B. Empfänger von Arbeitslosengeld II, Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt oder Heimbewohner, deren Unterbringung von einem Träger der Sozialhilfe getragen wird. Freibeträge von Angehörigen können hier nicht berücksichtigt werden.

Die Mindestbelastungsgrenze (Zuzahlungsgrenze) beträgt hierbei 83,28 Euro, für chronisch kranke Versicherte 41,64 Euro.

3.2 Belastungsgrenze erreicht

Wenn Sie mit Ihren Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr Ihre persönliche Belastungsgrenze erreicht bzw. überschritten haben, können Sie unter Nachweis Ihrer Zuzahlungen für das laufende Kalenderjahr einen Befreiungsantrag stellen. Sie erhalten dann von der DAK umgehend eine Befreiungskarte. Zu viel gezahlte Beträge werden natürlich erstattet. Dafür gibt es zwei Möglichkeiten:

► Belege sammeln

Sammeln Sie alle Zuzahlungsbelege (Originale), die Sie selbst und ggf. zu berücksichtigende Familienangehörige betreffen. Die Belege müssen enthalten:

- Namen,
- Art der zuzahlungspflichtigen Leistung (z. B. Praxisgebühr),
- Höhe der Zuzahlung,
- Zeitpunkt der Abgabe,
- abgebende Stelle (z. B. Apotheke)

Am besten lassen Sie sich die Zuzahlungen im praktischen DAK-Nachweisheft bestätigen. Ein Nachweisheft schicken wir Ihnen gerne zu. Bitte lassen Sie sich im Heft keine Zuzahlungen bestätigen, für die Sie bereits einen Zuzahlungsbeleg haben.

► im Voraus befreien lassen

Das ist möglich. Und es ist praktisch für Sie, wenn voraussehbar ist, dass Sie die Belastungsgrenze überschreiten werden. Und das geht so:

- Sie stellen einen Antrag auf Befreiung für das Kalenderjahr.
- Wir errechnen Ihre Belastungsgrenze.
- Sie zahlen die errechnete persönliche Belastung (ggf. Differenz zwischen Belastungsgrenze und den bereits geleisteten Zuzahlungen) im Voraus an die DAK.

Ihr Vorteil: Sie erhalten umgehend Ihre Befreiungskarte und ersparen sich so das Sammeln der Zuzahlungsbelege und die Abrechnung. Allerdings ist eine Rückerstattung von Beiträgen aus einer geleisteten Vorauszahlung leider nicht möglich.