

## Patienteninformation zu den gesetzlichen Zuzahlungen bei der Hilfsmittelversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

### **Gesetzliche Zuzahlungsregelungen – § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V:**

„Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.“

Die Zuzahlungsregelungen gelten erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres. Bei Hilfsmitteln unterscheidet man zum Verbrauch bestimmte und nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel.

### **Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel – § 33 Abs. 8 Satz 3 SGB V:**

„Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.“

- **zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** = nur einmal ununterbrochene Nutzung möglich
- **Monatsbedarf** = Kalendermonat

Benötigen Versicherte auf Grund mehrerer Erkrankungen verschiedene zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, so sind die Zuzahlungen für die abgegebenen Hilfsmittel unabhängig von der Anzahl der Versorgungsbereiche nur einmal zu entrichten.

### **Beispiel für die Berechnung der Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln**

Herr Meier leidet an Harnschwäche und benötigt monatlich Inkontinenzprodukte. Außerdem wurde ihm der Kehlkopf entfernt. Dafür benötigt er Tracheostoma- und Beatmungsprodukte. Bei all diesen Produkten handelt es sich um zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel. Die monatlichen Kosten für die Inkontinenzprodukte betragen 60 Euro und für die anderen Produkte 450 Euro. Die Gesamtkosten für Hilfsmittel im Kalendermonat betragen daher 510 Euro. 10 Prozent davon sind 51 Euro. Die Zuzahlung für Herrn Meier wird auf die maximale Zuzahlung von 10 Euro reduziert.

Welche Produkte zu den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln gehören, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen (jetzt: GKV-Spitzenverband) in der Verlautbarung vom 27. März 2007 in Anlage 2 definiert: [Auflistung der zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel](#).

### **Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel:**

Hier wird die Zuzahlung für jedes abgegebene Hilfsmittel berechnet. Die Berechnung der Zuzahlung hängt von der Vergütungsform und der Art des Hilfsmittels ab. Grundlage für die Berechnung ist der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag. Die Zuzahlung berechnet sich aus den Kosten für die gesamte Versorgung mit dem benötigten Hilfsmittel (Hauptprodukt und Zubehör sowie die dazugehörigen Dienstleistungen). Werden zu einem späteren Zeitpunkt Zubehöerteile zum Hauptprodukt benötigt, werden diese wie zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel behandelt.

### **Beispiele für die Berechnung der Zuzahlung von nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln**

Eine Auflistung aller relevanten Fallbeispiele hat der GKV-Spitzenverband in den Zusammenfassenden Umsetzungshinweisen zum Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) von April 2004 vorgenommen: [Übersicht der Zuzahlungsregelungen und Beispiele](#).

### **Sonderregelung bei enteraler Ernährung:**

Für die benötigten Hilfsmittel gelten die oben genannten Regelungen. Für die Nahrung gilt eine Sonderregelung abweichend vom Gesetzestext. Hier wird für die Berechnung der Zuzahlung die Verordnungszeile zu Grunde gelegt.

### **Hinweis:**

**Die Zuzahlungsregelungen gelten nicht für Pflegehilfsmittel (SGB XI)!**

### **Höchstgrenze der Zuzahlungen (Belastungsgrenze):**

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Chroniker-Regelung).

### **Chroniker-Regelung**

#### **Laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gilt:**

1. ärztliche Behandlung wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal (Dauerbehandlung) und
2. dass bei dem Kranken zusätzlich eines der folgenden Merkmale zutrifft:
  - a) Pflegestufe 2 oder 3 nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)
  - b) mindestens 60 Prozent Schwerbehinderung oder mindestens 60 Prozent Erwerbsminderung
  - c) nach ärztlicher Einschätzung kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die aufgrund der ständig behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörung
    - > eine lebensbedrohliche Verschlimmerung
    - > eine Verminderung der Lebenserwartung oder
    - > eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Unter medizinischer Versorgung ist

- > ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung,
- > Arzneimitteltherapie,
- > Behandlungspflege oder
- > die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zu verstehen.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte:

[http://www.g-ba.de/downloads/62-492-278/RL\\_Chroniker-2008-06-19.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-278/RL_Chroniker-2008-06-19.pdf)

Detailfragen und Anträge auf Zuzahlungsbefreiung richten Sie bitte an Ihre Krankenkasse.

### **Hinweis:**

**Private Aufzahlungen finden keine Berücksichtigung für die Berechnung der Belastungsgrenze.**

### **Einziehung der Zuzahlung:**

Die Zuzahlungen, die an die GKV zu leisten sind, werden von den Versicherten an den Leistungserbringer (Apotheke, Homecare-Unternehmen, Sanitätsfachhandel, medizinischer Fachhandel) gezahlt.