

# Wie viel muss ich zuzahlen?

Mit Zuzahlungen für ihre Hilfsmittel beteiligen sich gesetzlich Versicherte an den allgemeinen Gesundheitsausgaben. Dennis Giesfeldt, Coloplast Krankenkassenmanagement, erklärt, in welcher Höhe – und was es zu beachten gibt.

Auch wenn die Krankenkassen den Hauptteil der Kosten übernehmen, müssen sich gesetzlich Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres bei jedem Hilfsmittelrezept mit einer Zuzahlung beteiligen. Diese beträgt zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Stomaartikel, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel für die Tracheostomieversorgung, Hilfsmittel für die künstliche Ernährung etc.), gilt eine

besondere Regelung: Die Zuzahlung beträgt hier zehn Prozent je Packung, höchstens jedoch insgesamt zehn Euro für den Monatsbedarf. Diese Regelung gilt auch, wenn ein Patient aufgrund unterschiedlicher Erkrankungen verschiedene zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel benötigt.

## Wissenswert für Stoma- und Inkontinenzpatienten

Je nach medizinischer Notwendigkeit kann die Versorgung mit Hilfsmitteln mehrere Produkte als Versorgungseinheit umfassen. So benötigt ein Stoma-

patient für seine Versorgung z. B. Basisplatten und Stomabeutel, die aus technischen Gründen getrennt verpackt sein können. Die Versorgungseinheit besteht dann aus mehreren Packungen. „Um diese Patientengruppe finanziell nicht zu überfordern, beträgt die Zuzahlung unabhängig von der Verpackungsart nicht mehr als zehn Euro für den Monatsbedarf“, erklärt Dennis Giesfeldt, Coloplast Krankenkassenmanagement.

Für aufsaugende und ableitende Inkontinenzprodukte, die seinen Monatsbedarf sicherstellen, muss ein Patient ebenfalls maximal zehn Euro entrichten. „Und benötigt ein Patient beispielsweise sowohl Blasenkatheter als auch Stomaproducte, dann fällt für beide Versorgungen zusammen pro Monat ebenfalls nur eine maximale Zuzahlung von zehn Euro an“, so der Krankenkassenexperte. Die Zuzahlungen werden von den Versicherten an den Leistungserbringer (Homecare-Unternehmen, Sanitätsfachhandel, Apotheke etc.) gezahlt. Dieser ist gesetzlich zur Erhebung des Zuzahlungsbetrags verpflichtet. Wird ein Patient von zwei Leistungserbringern

Grundsätzlich haben Versicherte Anspruch auf Hilfsmittel, wenn diese dazu dienen, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.





versorgt, muss er zwar bei beiden den Zuzahlungsbetrag voll bezahlen, z. B. zweimal zehn Euro für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, kann sich aber an seine Kasse wenden und erhält dann die zu viel gezahlten Beträge zurück. Bestehen Vereinbarungen zu Fall-, Versorgungs- oder anderen Pauschalen, muss jeden Monat ein Maximalbetrag von zehn Euro für den Monatsbedarf zugezahlt werden – und dies auch, wenn in einem Monat keine Produktlieferung erfolgt.

#### Höchstgrenze für die Zuzahlungen

Um niemanden finanziell zu überfordern, gibt es sogenannte Belastungsgrenzen. Die Höhe der Zuzahlungen, die Patienten leisten müssen, sind in einem Jahr auf zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Für chronisch Kranke beträgt die Belastungsgrenze sogar nur ein Prozent. „Zu den Bruttoeinnahmen zählen sämtliche Einnahmen der Familie, mit denen sie ihren Lebensunterhalt finanziert, etwa Arbeitseinkommen, Renten, Versorgungsbezüge, Zinsen aus Kapitalvermögen oder Mieteinnahmen“, erläutert Dennis Giesfeldt. „Bitte beachten Sie, dass die Gesamt-Bruttoeinnahmen durch Freibeträge der in der häuslichen Gemeinschaft lebenden Angehörigen zu vermindern sind.“

Zur Berechnung der Belastungsgrenze werden alle gesetzlichen Zuzahlungen zu Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, zur Krankenhausbehandlung

bzw. bei Kuren sowie Praxisgebühren zusammengezählt. Nicht hinzugerechnet werden z. B. die Eigenbeteiligungen bei kieferorthopädischen Behandlungen und beim Zahnersatz. Auch Privatrezepte, etwa für die Pille, Kosten für Reiseimpfungen oder Gebühren für privatärztliche Leistungen bleiben ausgenommen.

#### Befreiung für das laufende Kalenderjahr

Wer seine Belastungsgrenze von zwei bzw. einem Prozent erreicht hat, kann bei seiner Krankenkasse einen Antrag

für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, beträgt die Zuzahlung zehn Prozent je Packung, höchstens jedoch insgesamt zehn Euro für den Monatsbedarf.

auf Befreiung von Zuzahlungen stellen. Die Belastungsgrenze übersteigende, bereits gezahlte Zuzahlungsbeträge werden dabei dem Patienten durch die Krankenkasse zurückerstattet. Die Befreiung gilt dann für den Rest des Kalenderjahres. Auch der Befreiungsausweis, den die Patienten anschließend bekommen, gilt immer nur für das laufende Kalenderjahr.

#### Zahlungsbelege aufbewahren

Die Belastungsgrenze wird jedes Jahr neu ermittelt. „Die entstandene Belastung kann ja konkret erst im Nachhinein ermittelt werden“, so Dennis Giesfeldt. „Bewahren Sie deshalb immer alle Zahlungsbelege auf, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres zusammenkommen. Es empfiehlt sich, ein Quittungsheft zu führen, welches Sie gegebenenfalls bei Ihrer Kasse bzw. der Apotheke erhalten.“



#### Tipps: Coloplast-Zuzahlungsrechner

Wer wissen möchte, welche Summe anfallen wird, findet dafür im Internet auf [www.zuzahlung.coloplast.de](http://www.zuzahlung.coloplast.de) einen praktischen Rechner. Er bietet die Möglichkeit, sich umfassend, kostenlos und anonym über die persönliche Zuzahlung zu den Hilfsmitteln zu informieren. In wenigen einfachen Schritten können Nutzer ermitteln, ob und wie viel sie im laufenden Jahr noch aufwenden müssen.

#### Kontakt

Wenn Sie eine Frage zum Thema Zuzahlung haben, dann schreiben Sie uns: Coloplast GmbH, BeratungsService, Kuehnstraße 75, 22045 Hamburg, oder an [beratungsservice@coloplast.com](mailto:beratungsservice@coloplast.com).