

Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich an den Kosten bestimmter Leistungen zu beteiligen. Der Eigenanteil soll bewirken, dass die Versicherten im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine kostenbewusste und verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Leistungen Wert legen.

Grundsätzlich zahlen Versicherte Zuzahlungen in Höhe von zehn Prozent, mindestens jedoch fünf und höchstens zehn Euro. Es sind jedoch nie mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels zu entrichten.

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen Überblick über die Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung.



Besondere Zuzahlungsregelungen bestehen für die Bereiche der stationären Behandlung (stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sowie Krankenhausbehandlung einschließlich Anschlussheilbehandlung) und der Heilmittel, bei häuslicher Krankenpflege sowie bei den Fahrtkosten.

Belastungsgrenzen sorgen dafür, dass kranke und behinderte Menschen die medizinische Versorgung in vollem Umfang erhalten und durch die gesetzlichen Zuzahlungen nicht unzumutbar belastet werden.

Die wichtigsten Regelungen für Zuzahlung und Erstattung im Überblick

Rezeptfreie Arzneimittel werden in der Regel nicht von der Krankenkasse erstattet. Wer beispielsweise ein Erkältungsmittel braucht oder auf homöopathische Arzneimittel setzt, zahlt diese selbst. Für verschreibungspflichtige Medikamente hingegen stellt der Arzt ein Rezept aus, und der Patient erhält diese Medikamente in der Apotheke. Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten dafür, der Versicherte trägt einen Teil davon als Zuzahlung mit. Sie beläuft sich auf zehn Prozent des Arzneimittelpreises, mindestens aber fünf und höchstens zehn Euro. Kostet das Medikament weniger als fünf Euro, trägt der Patient die Kosten selbst. Diese Regeln gelten grundsätzlich auch für Internet-Apotheken.

- Kostet ein Medikament 10 Euro, zahlt der Patient 5 Euro.
- Kostet es 75 Euro, zahlt der Patient 7,50 Euro.
- Kostet es 400 Euro, zahlt der Patient 10 Euro.
- Kostet es 4,75 Euro, zahlt der Patient 4,75 Euro.

Kinder und Jugendliche vollständig befreit

Kinder unter 18 Jahren sind von allen Arzneimittel-Zuzahlungen befreit. Für Kinder unter 12 Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt außerdem, dass grundsätzlich alle Arzneimittel erstattungsfähig sind, also in der Regel auch nicht rezeptpflichtige Medikamente von der Kasse bezahlt werden. Ausnahme: Traditionell angewendete milde Arzneimittel ohne Indikationsbezug werden wegen Unwirtschaftlichkeit nur in begründeten Ausnahmefällen erstattet.

Belastungen für Patienten sind beschränkt

Damit durch Zuzahlungen niemand überfordert wird, gibt es die Belastungsgrenze: Sie liegt bei zwei Prozent des Bruttoeinkommens, für chronisch Kranke bei einem Prozent. In diese Rechnung fließen neben den Zuzahlungen für Arzneimittel auch der Eigenanteil für stationäre Behandlung und die Zuzahlung bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege ein. Ist die Belastungsgrenze im laufenden Jahr bereits erreicht, bescheinigt das die Krankenkasse. Die Versicherten sind dann für den Rest des Jahres von allen Zuzahlungen befreit.

Ausnahme bei schwerwiegenden Erkrankungen

Patienten, die an einer schwerwiegenden Erkrankung leiden und zur Behandlung nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Naturheilmittel benötigen, können diese Medikamente auf Kosten der Krankenkasse erhalten, sofern diese Arzneimittel nach medizinischen Gesichtspunkten Therapiestandard sind.

Zuzahlungsbefreiung für günstige Präparate

Es gibt mittlerweile sehr viele Medikamente, für die auch erwachsene Patienten gar nichts mehr zuzahlen müssen. Diese Zuzahlungsbefreiung soll ein Anreiz für Ärzte und Patienten sein, sich für ein vergleichsweise günstiges Medikament zu entscheiden bzw. dem Apotheker die Auswahl eines solchen zu überlassen, wenn verschiedene geeignete Präparate zur Verfügung stehen und keine medizinischen Gründe dagegen sprechen.

Zuzahlungsfrei: Medikamente 30 % unter Festbetrag

Alle Medikamente, deren Preis mindestens 30 % unter dem Festbetrag liegt, können von der Zuzahlung befreit werden. Festbeträge sind Höchstbeträge für die Erstattung von Arzneimittelpreisen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Das bedeutet: Die Krankenkassen zahlen nicht automatisch jeden Preis, sondern nur Festbeträge. Diese werden für Gruppen pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Arzneimittel festgesetzt. Denn in Deutschland gibt es viele Arzneimittel mit vergleichbarer Wirkung und Qualität und zum Teil auch identischer Zusammensetzung, deren Preise aber sehr unterschiedlich sind.

Derzeit sind rund 17 % aller Packungen der Festbetragsarzneimittel von der Zuzahlung befreit (Stand 01. Juni 2012). In einer regelmäßig aktualisierten Liste werden alle zuzahlungsbefreiten Arzneimittel erfasst. Die Liste ist über die Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums (<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/zuzahlung.html>) einsehbar.

Freie Wahl gegen Aufpreis

Ein geringer Anteil der Festbetragsarzneimittel wird mit einem Preis über dem Festbetrag angeboten (Stand 1. Juni 2012: 11,9 % aller Packungen, 5,6 % aller Verordnungen). Verschreibt der Arzt dem Patienten ein Medikament mit einem Preis über dem Festbetrag, ist er verpflichtet, ihn darauf hinzuweisen. Der Patient kann sich dann über zuzahlungsfreie Alternativen informieren lassen. Diese stehen in der Regel immer zur Verfügung. Bei einer Entscheidung für das teurere Arzneimittel zahlt der Patient in der Apotheke den Differenzbetrag plus normaler Zuzahlung grundsätzlich aus eigener Tasche. Die Festbeträge werden regelmäßig angepasst.

Rabattverträge

Krankenkassen können mit Arzneimittelherstellern Preisrabatte aushandeln. Durch solche Rabattverträge z. B. für Arzneimittel, die oft verordnet werden, können die Kassen bei den Arzneimittelkosten sparen. Diese Einsparungen können sie an die Versicherten in Form von teilweisen oder vollständigen Zuzahlungsbefreiungen weitergeben. Einzelne Kassen haben Rabattverträge für über 100 ordnungsstarke Medikamente. Das Einsparvolumen lag im Jahr 2011 bei etwa 1,7 Milliarden Euro.

Arzneimittel aus Rabattverträgen ganz oder teilweise zuzahlungsfrei

Für Medikamente aus Rabattverträgen können die Kassen ihre Versicherten vollständig oder mindestens zur Hälfte von der Zuzahlung befreien. Bei den Rabattverträgen handeln die Krankenkassen mit den Herstellern günstige Preise für bestimmte Arzneimittel aus. Davon profitieren die Versicherten.

Schon seit 2007 gilt: Die Apotheker sind verpflichtet, bevorzugt rabattbegünstigte Generika abzugeben, also ein vom Arzt verordnetes Arzneimittel gegen das Präparat eines Herstellers auszutauschen, mit dem die Krankenkasse einen Rabattvertrag hat – es sei denn, der Arzt schließt den Austausch ausdrücklich aus.

Die Voraussetzungen für die vorrangige Abgabe rabattbegünstigter Generika sind gesetzlich geregelt:

- identischer Wirkstoff
- identische Wirkstärke
- gleiches Anwendungsgebiet
- vergleichbare Darreichungsform
- gleiche Packungsgröße

So ist sichergestellt, dass die Dosierung und die Modalitäten der Einnahme des Arzneimittels gleich bleiben, selbst wenn die Krankenkasse einen neuen Vertrag schließt und der Patient in der Apotheke ein anderes Rabattarzneimittel ausgehändigt bekommt.

Zur Klarstellung der Rechtslage ist die bereits vorher gängige Praxis zum 1. Januar 2011 gesetzlich geregelt worden:

- Verordnetes und abgegebenes Arzneimittel müssen ein gleiches Anwendungsgebiet haben. Es ist nicht erforderlich, dass alle zugelassenen Anwendungsgebiete übereinstimmen. Denn wenn ein bestimmter Wirkstoff für ein bestimmtes Anwendungsgebiet geprüft und zugelassen ist, wirkt auch das wirkstoffgleiche Präparat eines anderen Herstellers in dieser Indikation.
- Packungen mit dem gleichen „N“- Kennzeichen sind austauschbar. Es ist nicht erforderlich, dass die Zahl der Tabletten identisch ist.

Neue Wahlfreiheit: Vertragsmedikament oder Wunschmedikament

Medikamente aus Rabattverträgen unterscheiden sich lediglich durch den Preis von anderen Arzneimitteln, die Wirkstoffe sind identisch. Dennoch kann es individuelle Gründe für Patienten geben, sich bewusst für ein teureres Medikament zu entscheiden. Seit dem 1. Januar 2011 können die Versicherten frei wählen und sich auch für ein anderes als das rabattierte Medikament ihrer Kasse entscheiden. Wer diesen Weg gehen möchte, bezahlt zunächst sein Wunschmedikament in der Apotheke aus eigener Tasche. Dann kann er die Rezeptkopie bei seiner Krankenkasse zur Erstattung einreichen.