

Zuzahlungen

Versicherte der Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung müssen sich ab dem 18. Lebensjahr an den Ausgaben für ihre Gesundheit in Form von Zuzahlungen beteiligen.

Gesetzliche Krankenversicherung, §§ 61, 62 SGB V

In welcher Höhe müssen Sie Zuzahlungen leisten?

Als gesetzlich Krankenversicherte/r müssen Sie zuzahlungspflichtige Leistungen bis zu einer maximalen jährlichen Belastungsgrenze zahlen.

Leistung	Zuzahlung
Arznei-/Verbandmittel	10% des Preises, jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro (nicht mehr als die tatsächlichen Kosten)
Fahrkosten (medizinisch notwendig)	10% der Fahrkosten, jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro je Fahrt
Haushaltshilfe	10% der täglichen Kosten, jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Häusliche Krankenpflege	10% der Kosten zuzüglich 10 Euro pro Verordnung, die Zuzahlung ist auf die ersten 28 Tage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr begrenzt

Leistung	Zuzahlung
Heilmittel (Massagen usw.)	10% der Kosten der Behandlung zuzüglich 10 Euro pro Verordnung
Hilfsmittel	10% für jedes Hilfsmittel jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch (Einmalhandschuhe) bestimmt sind: 10 % je Verbrauchseinheit, maximal 10 Euro pro Monat
Stationäre Maßnahme	10 Euro pro Tag, bei Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Soziotherapie	10% der täglichen Kosten, jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Stationäre Vorsorge	10 Euro pro Tag

Wie wird Ihre persönliche Belastungs- / Höchstgrenze berechnet?

Die Belastungsgrenze ist die Höchstgrenze bis zu der gesetzliche Zuzahlungen zu leisten sind. Sie setzt sich aus dem gesamten Familienbruttoeinkommen abzüglich der Freibeträge für Ehegatte (6.741 Euro) und für jedes Kind (9.600 Euro) zusammen. Im Regelfall beträgt die Belastungsgrenze 2%.

Beispiel: Berechnung der Belastungsgrenze 2% im Jahr 2025

	Jahresbruttoeinkommen Ehemann	35.000 Euro
plus	Jahresbruttoeinkommen Ehefrau	35.000 Euro
gleich	Jahresbruttoeinkommen gesamt	70.000 Euro
	Freibetrag Ehegatte	6.741 Euro
plus	Freibetrag 2 Kinder	19.200 Euro
gleich	Freibeträge gesamt	25.941 Euro
	Jahresbruttoeinkommen gesamt	70.000 Euro
minus	Freibeträge gesamt	25.941 Euro
gleich	anrechenbares Familieneinkommen	44.059 Euro
Belastungsgrenze 2% = 881,18 Euro		

Wichtig: Die Leistungen der Conterganstiftung für Menschen mit Behinderung bleiben gemäß § 18 Conterganstiftungsgesetz unberücksichtigt.

Gibt es Ausnahmen von der 2%-Regel?

Ja. Bei einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung und zusätzlichem Vorliegen einer der nachfolgenden Punkte beträgt die Belastungsgrenze 1% der Familienbruttoeinkünfte:

- Pflegegrad 3 bis 5
- Schwerbehinderung oder Erwerbsminderung von 60 Prozent oder mehr
- Der Patient muss aus Sicht des Arztes dauerhaft medizinisch versorgt werden, da sich sonst seine Krankheit lebensbedrohlich verschlimmert, seine Lebenserwartung gemindert oder seine Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigt wird.

Die Berechnung aller Einkünfte findet analoge Anwendung.

Beispiel: Berechnung der Belastungsgrenze 1% im Jahr 2025

	Jahresbruttoeinkommen Ehemann	35.000 Euro
plus	Jahresbruttoeinkommen Ehefrau	35.000 Euro
gleich	Jahresbruttoeinkommen gesamt	70.000 Euro
	Freibetrag Ehegatte	6.741 Euro
plus	Freibetrag 2 Kinder	19.200 Euro
gleich	Freibeträge gesamt	25.941 Euro
	Jahresbruttoeinkommen gesamt	70.000 Euro
minus	Freibeträge gesamt	25.941 Euro
gleich	anrechenbares Familieneinkommen	44.059 Euro
Belastungsgrenze 1% = 440,59 Euro		

Sie beziehen Sozialhilfe, Bürgergeld oder Grundsicherung. Wie wird Ihre Belastungsgrenze berechnet und wie hoch ist diese?

Sofern Sie Empfänger/in von Sozialhilfe, Bürgergeld oder Grundsicherung sind, gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes als Berechnungsgrundlage für die gesamte Bedarfsgemeinschaft. Sollten Sie ganzjährig Empfänger/in von Sozialhilfe, Bürgergeld oder Grundsicherung sein, so bleibt das Einkommen Ihrer Familienangehörigen bei der Berechnung unberücksichtigt.

Hinweis: Gibt es im Kalenderjahr Unterbrechungen dieser Bezüge, wird die Belastungsgrenze individuell von Ihrer jeweiligen Krankenkasse berechnet.

Die Bezugsgröße für die Ermittlung der Belastungsgrenze beträgt im Jahr 2025 für Alleinstehende 563 Euro pro Monat. Daraus ergibt sich im Regelfall eine Belastungsgrenze in Höhe von **135,12 Euro**. In der Fallgruppe der 1%-Regel entspricht dies einem Betrag in Höhe von **67,56 Euro**.

Können Sie sich von Zuzahlungen befreien lassen?

Ja. Wenn die Zuzahlungen Ihre persönliche Belastungsgrenze erreicht haben, können Sie bei Ihrer Krankenkasse für das verbleibende Jahr einen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen stellen.

Folgende Unterlagen müssen Sie dazu einreichen:

- Einkommensnachweise (z. B. Lohn- und Rentenbescheide)
- Zuzahlungsbelege
- Sonstiges
 - Chroniker-Bescheinigung
 - Nachweis der Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 3 bis 5
 - Nachweis zum Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60
 - Nachweis über Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60%

Sofern die Voraussetzungen für eine Befreiung vorliegen, brauchen Sie und alle weiteren im Haushalt lebenden Personen für das verbleibende Jahr keine Zuzahlungen mehr leisten. Bereits zu viel geleistete Zuzahlungen werden Ihnen erstattet.

Können Sie sich im Voraus von Zuzahlungen befreien lassen?

Ja, Sie können sich auch bereits im laufenden Kalenderjahr für das kommende Kalenderjahr von jeglichen Zuzahlungen befreien lassen. Stellen Sie einen Antrag bei Ihrer Krankenkasse auf Vorauszahlung der Belastungsgrenze. Reichen Sie dazu alle notwendigen Antragsunterlagen ein und leisten Sie die errechnete Belastungsgrenze als Vorauszahlung. Im Anschluss erhalten Sie Ihren Befreiungsausweis.

Hinweis: Sollten Sie wider Erwarten unter der Belastungsgrenze bleiben, bekommen Sie die bereits gezahlte Vorauszahlung nicht erstattet.

Gesetzliche Rentenversicherung, § 32 SGB VI

Zuzahlungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und bei sonstigen Leistungen

Ihr zuständiger Rentenversicherungsträger trägt die Kosten für Reise, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen und medizinische Anwendungen. An diesen Kosten müssen Sie sich beteiligen, aber nur, wenn Sie eine stationäre Leistung in Anspruch nehmen.

Die Zuzahlung ist von der jeweiligen Einkommenssituation abhängig und ist nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht zu leisten. Sie beträgt höchstens **10 Euro pro Tag für längstens 42 Tage**, bei einer Anschlussrehabilitation für längstens **14 Tage im Kalenderjahr**.

Hinweis: Viele Patienten können sich von den Zuzahlungen ganz oder teilweise befreien lassen. Alle wichtigen Informationen und Anträge erhalten Sie bei Ihrem Rentenversicherungsträger sowie auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung

Wer berät Sie?

Für eine bedarfsorientierte Beratung zu diesem Themenkomplex stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Beratungsbereiches gerne zur Verfügung.

Eine weitergehende Individualauskunft erteilt Ihnen:

- Ihre Krankenkasse
- Informationsseite der Deutschen Rentenversicherung (inklusive Musterformular und Informationsblatt): www.deutsche-rentenversicherung.de
- Rehaservicestellen: <https://www.reha-servicestellen.de/>
- Servicetelefon der Deutschen Rentenversicherung +49 800 1000 48016 (für Hörgeschädigte über Tess Relay-Dienste nutzbar)