

Gesetzliche Zuzahlung

Immer wieder zu Stolpersteinen in den Praxen werden die Zuzahlungen – deren Verwaltung und Einziehung ist ein nicht unerheblicher Teil der Alltagsarbeit. Die Zuzahlung ist in § 32 Absatz 2 SGB V geregelt, und damit verbindlich für alle Beteiligten. Der DVE kann im Rahmenvertrag nur Details zum Ablauf (§ 8 des Rahmenvertrags – RV) vereinbaren, die Zuzahlungspflicht selbst steht nicht in seiner Disposition.

Gesetzlich Versicherte zahlen

→ **10 Euro** pro Verordnung plus

→ **10 %** für jede in Anspruch genommene Leistung¹

Mit der Regelung in § 8 wird der Verwaltungsaufwand erheblich reduziert, lesen Sie dazu die Hinweise in diesem Merkblatt. Bitte halten Sie sich an diese Verfahrensweise, es wird dadurch wirklich leichter!

Worauf ist zu achten?

- Praxen müssen ihre Patient:innen vor Beginn der Therapie schriftlich über die Zuzahlungspflicht, über die Fälligkeit der Zuzahlung am Tag der ersten Behandlung und die Möglichkeit der Erstattung bei zu viel gezahlter Zuzahlung aufklären, § 8 Absatz 3 RV. Diese Pflicht ist die Konkretisierung der Aufklärungspflicht aus dem Patientenrechtegesetz (sog. wirtschaftliche Aufklärung), § 630c Bürgerliches Gesetzbuch. Im Falle des Vorliegens einer Blankoverordnung sind die Patient:innen über die erwartbaren Kosten aufzuklären.
- Von der Zuzahlung befreit sind alle Versicherten bis zum 18. Geburtstag.
- Keine Zuzahlung wird erhoben bei Patient:innen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, bei Privatversicherten und bei der Postbeamtenkrankenkasse (Gruppe A).
- Keine Zuzahlung wird erhoben bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung, wenn die Patientin ursächlich aus diesen Gründen eine Heilmittelverordnung erhält.
- Seit dem 1.1.2022 gilt, dass nicht mehr geprüft werden muss, ob der auf der Verordnung angekreuzte Zuzahlungsstatus korrekt ist:
 - Ist „Zuzahlungsfrei“ angekreuzt, entfällt die Zuzahlung.
 - Wenn „Zuzahlungspflicht“ angekreuzt ist, ist eine Zuzahlung auch fällig!
 - Nur dann, wenn die Patientin einen gültigen Befreiungsausweis vorlegt, kann in diesem Fall auf den Einzug der Zuzahlung verzichtet werden.
- Die Kosten sind nicht nur von der eigentlichen therapeutischen Leistung, sondern grundsätzlich auch für die Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs, für die Umfeldberatung und den Hausbesuch zu berechnen. Bei der Blankoverordnung ist auch das jeweilige Zeitintervall Vor- und Nachbereitung zum Behandlungstermin zuzahlungspflichtig.
- Für die Schienenversorgung und die Übermittlungsgebühr für den Therapiebericht wird keine Zuzahlung erhoben, § 8 Absatz 1 RV. Die versorgungsbezogene Pauschale ist bei der Blankoverordnung zuzahlungsbefreit.

¹ Entscheidend ist die Vergütung am Tag der Therapie.

 MB² Bericht; MB Schienenversorgung; MB Abrechnung Analyse

- Die Zuzahlung ist von der Praxis einzuziehen und verbleibt bei dieser. Der Betrag wird dann bei der Vergütung der Leistungen durch die Krankenkasse abgezogen.
- Über die Art und Weise der Zuzahlung gibt es keine Vorschriften. Die Praxis kann diese bar entgegennehmen oder auch eine Rechnung stellen, die Patientin überweist dann den fälligen Betrag. Möglich ist auch eine Einzugsermächtigung.
- Die Zuzahlung ist gleich zu Beginn einer Verordnung fällig, § 8 Absatz 3 RV. Die Fälligkeit bezieht sich auf die Versicherten. Grundsätzlich können die ergotherapeutischen Praxen selbst entscheiden, zu welchem Zeitpunkt sie die Zuzahlung einziehen. Kommt es zu Zahlungsschwierigkeiten seitens der Patientin, kann im Idealfall zusammen mit der Vergütung auch die Zuzahlung bei der Krankenkasse am Ende in Rechnung gestellt werden. Das erspart mühsame Nachberechnungen.
- Zahlt eine Patientin nicht am ersten Behandlungstag, kann ab dem Tag der zweiten Behandlung schriftlich an die Zuzahlung erinnert werden; dabei wird eine Frist von 14 Tagen zur Zahlung eingeräumt. Wird innerhalb dieser Frist bzw. bis zum Ende der Behandlungsserie nicht gezahlt, geht das Inkasso-Risiko auf die Krankenkasse über (§ 43 c SGB V) und diese zieht die Zuzahlung ein. **Eine einmalige schriftliche Mahnung reicht völlig aus**, Sie müssen nicht umständlich der Zuzahlung hinterherlaufen.
- Geleistete Zuzahlungen müssen den Versicherten quittiert werden. Erstattet die Ergotherapiepraxis zu viel gezahlte Zuzahlungen, wird die Patientenquittung entsprechend geändert.
- Gehen Sie folgendermaßen vor, wenn Sie bis zur Abrechnung die Zuzahlung nicht erhalten haben: Berechnen Sie die Brutto-Preise und verwenden Sie bei der Zuzahlung 8.1.3 den Schlüssel 2 (2 = keine Zuzahlung trotz schriftlicher Zahlungsaufforderung; vgl. Abrechnungsrichtlinie). Wenn Sie über eine Firma abrechnen, erhalten Sie von dort Hinweise, wie Sie dies durchführen sollen.
- Sollten Sie die Verordnung schon abgerechnet haben, bis sich herausstellt, dass die Patientin die Zuzahlung nicht begleicht, ist eine Nachberechnung möglich. Beachten Sie dazu das maschinelle Korrekturverfahren beim Datenaustausch (DTA): Sie müssen einen Datensatz für die Nachforderung der Zuzahlung erstellen und mit dem Verarbeitungskennzeichen „3“ anliefern und das Formular „Erfolgloser Einzug der Zuzahlung gemäß § 43c Abs. 1 SGB V“ bei der Krankenkasse einreichen³. Praxen, die über eine Firma abrechnen, erhalten von dort Hinweise.
- Änderungen auf der Verordnung durch die Ergotherapiepraxis bei den Feldern „Zuzahlungsfrei / Zuzahlungspflicht“ sind nicht mehr notwendig, siehe auch Anlage 3 des RV.

 MB² Verordnung: Änderungsmöglichkeiten

- Am Jahresende erlischt jede Zuzahlungsbefreiung. Rezepte über den Jahreswechsel müssen demnach immer, wenn sie nicht abgeschlossen sind, nach dem nachfolgenden Muster gesplittet werden.

² <https://dve.info/downloads/merkblaetter>

³ Das Formular ist entweder in der Praxissoftware bereits hinterlegt oder kann unter www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer.jsp abgerufen werden.

Was ist mit der Zuzahlung, wenn ab Juni 2024 neue Preise gelten?

Entscheidend für die Höhe der Zuzahlung (10 % der Leistung) ist die Vergütung, die am Tag der Therapie gilt. Seit dem 01.06.2024 werden höhere Preise gezahlt, so dass für die Versicherten

die Zuzahlung ab diesem Zeitpunkt teurer wird. Nicht notwendig ist es, dass Sie Ihre Patient:innen ausführlich über diesen Umstand aufklären – wichtiger ist, dass Sie die Zuzahlung korrekt berechnen, ggf. einen Überschuss erstatten und wie bisher bei Therapiebeginn über die Zuzahlungspflicht aufklären.

Sie haben folgende Möglichkeiten, mit der Situation umzugehen:

1. Sie berechnen, wie viele Termine bis Ende Mai stattfanden und wie viele ab Juni stattfinden, und stellen demnach die Zuzahlung in Rechnung. Stellt sich nach Abschluss der Verordnung heraus, dass die Patientin zu viel gezahlt hat, erstatten Sie die überzählige Zuzahlung und ändern die Quittung für die Patientin.
2. Sie beenden zunächst die Verordnung, bevor Sie die Zuzahlung in Rechnung stellen, denn dann steht definitiv fest, wie sich die Termine verteilen. Vorteil ist zwar, dass Sie die Zuzahlung völlig korrekt ausrechnen können – Nachteil ist jedoch, dass Sie diese ggf. umständlich im Wege der Nachberechnung bei der Krankenkasse geltend machen müssen.

Was ist mit der Zuzahlung bei Behandlung in der Einrichtung?

Bei den einheitlichen Pauschalen (inkl. Wegegeld) für den Hausbesuch in der Einrichtung (ab dem ersten Patienten oder auch bei mehreren Patienten) fällt für jeden Patienten die Ungleichbehandlung weg, so dass auch für die Hausbesuchspauschalen die Zuzahlung fällig wird.

MB² Hausbesuche - Abrechnung

Was gilt, wenn sich der Zuzahlungsstatus im Laufe der Behandlungsserie ändert?

Maßgebend für die Zuzahlung in Höhe von **10 Euro** je Verordnung ist der Zuzahlungsstatus, der bei der erstmaligen Inanspruchnahme einer Leistung vom aktuellen Rezept besteht. Ist die Versicherte an diesem Tag zuzahlungsfrei, weil sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder von der Zuzahlung durch Erreichen der Belastungsgrenze (nach § 62 SGB V) befreit ist, bleibt es bezüglich der Verordnungsgebühr von **10 Euro** bei der Zuzahlungsfreiheit.

Ist die Versicherte zu Beginn der Therapie zur Zuzahlung verpflichtet, so besteht die Verpflichtung zur Zuzahlung der Verordnungsgebühr von **10 Euro** auch dann fort, wenn während der Behandlungsserie die Belastungsgrenze überschritten wird und insoweit eine Zuzahlungsbefreiung ab einem bestimmten Termin ausgesprochen wird.

Der Zuzahlungsstatus am Tag der Inanspruchnahme der Behandlungseinheit ist maßgeblich für die Zuzahlung von **10%** zur jeder Behandlung. Vollendet somit eine Versicherte während einer laufenden Behandlungsserie das 18. Lebensjahr, so hat sie für die Behandlungseinheiten nach Vollendung des 18. Lebensjahres eine Zuzahlung in Höhe von **10 %** der Behandlungskosten zu tragen.

Bei Zuzahlungsbefreiung durch Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V während einer laufenden Behandlungsserie ist für die Behandlungen, die nach der Ausstellung der Befreiung liegen, keine Zuzahlungspflicht von **10%** gegeben. Wenn Sie zu Beginn der Behandlungsreihe die Zuzahlung eingezogen haben, zahlen Sie den überbezahlten Betrag der Patientin unter Korrektur der Quittung/Rechnung wieder aus.

Wie wird die Zuzahlungsbefreiung nachgewiesen?

Zu allererst ist entscheidend, welches Feld auf der Verordnung angekreuzt ist, das ist für die Praxen verbindlich. Sind Patient:innen trotz Kreuz bei „Zuzahlungspflicht“ von der Zuzahlung befreit, lassen Sie sich jeweils den Befreiungsausweis vorlegen – wir empfehlen, eine Kopie des Befreiungsausweises für Ihre eigenen Unterlagen anzufertigen.

Sonderfall „Patientin verstorben“

Wenn nun eine Patientin während einer Behandlungsserie stirbt, müssen die Erben für die Zuzahlung aufkommen – bitte schicken Sie daher eine Rechnung an die bisherige Adresse der Verstorbenen. Sollten die Erben auch nach einer Zahlungsaufforderung nicht zahlen, reichen Sie die Rechnung zur Erstattung bei der Krankenkasse ein.

Wie kann man sich als Patientin die Verwaltungsgebühren von der Krankenkasse zurückholen?

Wie kann man sich als Patientin von der Zuzahlung befreien lassen?

- ☐ Im Gesetz ist festgelegt, dass Versicherte Zuzahlungen im Kalenderjahr höchstens bis zu ihrer individuellen Belastungsgrenze nach § 62 SGB V leisten müssen.
- ☐ Wird die Belastungsgrenze überschritten, übernimmt die Krankenkasse auf Antrag die Kosten für alle darüber liegenden Zuzahlungen, zum Beispiel für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten. Es müssen daher **alle** Belege und Quittungen für Zuzahlungen gut aufbewahrt und am Jahresende bei der Krankenkasse eingereicht werden.
- ☐ Die Belastungsgrenze beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.
- ☐ **Für chronisch Kranke**, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Eine chronische Erkrankung liegt vor, wenn wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal im Quartal eine ärztliche Behandlung erfolgte (Dauerbehandlung) und zusätzlich **eines** der folgenden Merkmale zutrifft:
 - sie sind pflegebedürftig mit einem Pflegegrad 3, 4 oder 5.
 - sie sind zu 60 Prozent behindert.
 - sie müssen dauerhaft medizinisch versorgt werden (z.B. ärztlich, psychotherapeutisch oder mit Arzneimitteln), damit sich die Krankheit nicht lebensbedrohlich verschlimmert, die Lebenserwartung nicht verkürzt oder die Lebensqualität nicht dauerhaft beeinträchtigt wird.
- ☐ Ob und ab wann eine Versicherte von der Zuzahlung befreit werden kann, muss sie, unter Offenlegung der finanziellen Einkünfte, direkt mit ihrer Krankenkasse klären.

Wichtig!

Die Zuzahlung ist eine gesetzliche Pflicht der Versicherten und Teil der finanziellen Selbstbeteiligung an den individuellen Krankheitskosten. **Es fällt nicht in die Zuständigkeit der Praxen zu prüfen oder zu entscheiden, ob dies von der Patientin geleistet werden kann.** Verzichten Sie nie auf die Zuzahlung aus sozialen Gründen. Stattdessen folgen Sie den o.a. Hinweisen zur Mahnung und stellen Sie die Zuzahlung der Kasse in Rechnung.

Bitte beachten: Am Ende des Merkblatts finden Sie ein Info-Blatt, dass Sie Ihren Patient:innen aushändigen oder in der Praxis aushängen können.

➔ ...nächste Seite

Information: Zuzahlung und Befreiung

Gesetzlich Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind gesetzlich verpflichtet, Zuzahlungen zu verordneten Heilmitteln zu leisten (§ 32 SGB V)

Gesetzlich Versicherte zahlen:

→ **10 Euro** pro Verordnung plus

→ **10 %** für jede in Anspruch genommene Leistung

Möglichkeit zur Befreiung von der Zuzahlung

Die Möglichkeit der Befreiung von Zuzahlungen wegen Überschreitung der sog. **Belastungsgrenze** ist in § 62 SGB V geregelt. Die Belastungsgrenze bei Erwachsenen liegt bei 2 % des Einkommens. Bei chronisch Erkrankten liegt diese Grenze bei 1 %. Über die Belastungsgrenze hinaus gezahlte Beträge erstattet Ihre Krankenkasse.

Für die Berechnung des Einkommens werden sämtliche Einkommensarten aller in einem gemeinsamen Haushalt Lebenden zusammengerechnet: Löhne/Gehälter, Renten und Versorgungsbezüge, Mieteinkünfte, Kapitaleinkünfte etc. Von diesem Haushaltseinkommen werden Freibeträge abgezogen.

Informationen zum Antragsverfahren erhalten Sie bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse.

Tipps:

- ✓ Prüfen Sie, ob die Regelung für chronisch Erkrankte für Sie zutrifft:
 - Pflegegrad 3 oder höher
 - Grad der Behinderung (GdB) 60 oder höher
 - kontinuierliche medizinische Versorgung notwendig, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist
- ✓ Rechnen Sie sich anhand Ihres Haushalts (Haushaltseinkünfte, Zahl der Personen) Ihre aktuelle, persönliche Belastungsgrenze aus – am besten gleich zu Beginn eines Jahres.
 - Dafür gibt es im Internet Rechner, z.B. unter www.smart-rechner.de/zuzahlung/rechner.php
- ✓ Sammeln Sie alle Zuzahlungsbelege aller in Ihrem Haushalt lebenden Personen. Egal ob in der Apotheke, der Ergotherapie oder bei einem Krankenhausaufenthalt – alle Zuzahlungen werden addiert.
- ✓ Vor allem aber: stellen Sie den Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung, wenn Sie die Belastungsgrenze erreicht haben. Sie haben es in der Hand!
- ✓ Lassen Sie sich von Ihrer Krankenkasse beraten.

Und zuletzt noch eine Bitte: Wenn Sie von der Zuzahlung befreit werden, teilen Sie uns dies bitte umgehend mit, damit wir Ihnen keine Rechnung mehr stellen. Dadurch reduziert sich der bürokratische Aufwand sowohl Ihrer Krankenkasse als auch unserer Praxis.
Vielen Dank!