

Gesetzliche Zuzahlungen

Wann leisten Versicherte aufgrund gesetzlicher Regelungen Zuzahlungen? Hier ein Überblick.

Allgemeines

Versicherte beteiligen sich mit Zuzahlungen an bestimmten Leistungen.

Belastungsgrenze

Damit niemand überfordert wird, gilt eine individuelle Belastungsgrenze von 2 % der Bruttoeinnahmen.

Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, halbiert sich diese Grenze auf 1 %. Als chronisch krank gilt ein Versicherter, wenn er wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und zusätzlich eines der folgenden Merkmale zutrifft:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 (nach einem Jahr wird Dauerbehandlung unterstellt)
- ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 %
- eine kontinuierliche medizinische Versorgung ist erforderlich, ohne die eine lebensbedrohende Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Ausnahmen

Kinder und Jugendliche (bis zum 18. Lebensjahr) sind von Zuzahlungen befreit (Ausnahme: Fahrkosten).

Eigenanteile (nicht Zuzahlungen) gelten für kieferorthopädische Behandlung, Zahnersatz und künstliche Befruchtung.

Nicht als „Zuzahlungen“ können zum Beispiel berücksichtigt werden: Fahrkosten, die von uns nicht bezahlt werden (z. B. bei ambulanter Behandlung) sowie über die Vertragsleistungen hinausgehende Aufwendungen (z. B. nicht verordnungsfähige bzw. ausgeschlossene Arzneimittel, Aufwendungen über dem jeweiligen Festbetrag/Vertragspreis).

Zuzahlungen im Überblick

Leistung	Zuzahlung
Arznei- und Verbandmittel	10 % des Abgabepreises mind. 5 EUR, max. 10 EUR pro Arzneimittel* (nicht zuzahlungsbefreite) evtl. zuzüglich Mehrkosten über Festbetrag
Fahrkosten	10 % der Fahrkosten mind. 5 EUR, max. 10 EUR je Fahrt* (entfällt bei med. Reha – ambulant und stationär) Bei ambulanter Behandlung werden Fahrkosten nur in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung übernommen.
Haushaltshilfe, Soziotherapie	10 % der Kosten mind. 5 EUR, max. 10 EUR je Kalendertag der Leistung
Häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege	10 % der Kosten zzgl. 10 EUR je Verordnung für max. 28 Tage je Kalenderjahr
Heilmittel	10 % des Abgabepreises zzgl. 10 EUR je Verordnung* z. B. Massagen, Krankengymnastik
Hilfsmittel	10 % der Hilfsmittelkosten mind. 5 EUR, max. 10 EUR* z. B. Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	10 % der Kosten max. 10 EUR pro Monat
Krankenhausbehandlung	10 EUR pro Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr
Ambulante Rehabilitations-Maßnahmen	10 EUR pro Kalendertag
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	10 EUR pro Kalendertag
Anschlussrehabilitation	10 EUR pro Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr (Anrechnung Krankenhaus-zuzahlung)
Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen für Mütter und Väter	10 EUR pro Kalendertag

* jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels

BKK SBH
 Postfach 3345
 78022 Villingen-Schwenningen

Name, Vorname

KV Nr

Familienstand: verheiratet ledig geschieden verwitwet getrennt lebend

Sind weitere Angehörige dem Familienverbund zuzuordnen, die bisher nicht genannt wurden? Ja Nein

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr 2024

für mich und die in meinem Haushalt lebenden – nachfolgend aufgeführten – Angehörigen.

Bitte vollständig ausfüllen! Nichtzutreffendes bitte streichen

	Mitglied	Ehegatte / Lebenspartner*	Kind
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
KVNR			
Krankenkasse	<input checked="" type="checkbox"/> BKK SBH	<input type="checkbox"/> BKK SBH <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse	<input type="checkbox"/> BKK SBH <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse
Lebt noch im gemeinsamen Haushalt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einnahmeart(en)	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges
Summe Bruttoeinnahmen in € im Kalenderjahr	_____ €	_____ €	_____ €
Chronische Erkrankung(en) ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Teilnehmer am Behandlungsprogramm DMP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehinderten- ausweis mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt ein Pflegegrad von mindestens 3 vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*Hierzu zählen eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnergesetz!

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr 2024

Bitte vollständig ausfüllen! Nichtzutreffendes bitte streichen

	Kind	Kind	Kind
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
KVNR			
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> BKK SBH <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse _____	<input type="checkbox"/> BKK SBH <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse _____	<input type="checkbox"/> BKK SBH <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse _____
Lebt noch im gemeinsamen Haushalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einnahmeart(en)	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges
Summe Bruttoeinnahmen in € im Kalenderjahr	_____ €	_____ €	_____ €
Chronische Erkrankung(en) ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Teilnehmer am DMP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindertenausweis mit einem GdB von mindestens 60?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt ein Pflegegrad von mindestens 3 vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sonstige Einnahmen

Ich/wir verfüge(n) über weitere oder andere, in der Tabelle nicht genannten Einnahmen (z.B. Miet- und Pachteinnahmen, Zinsertrag aus Kapitalvermögen, Unterhaltsleistungen, ausländische Renten, Unfallrenten).

Ja, Nachweise sind beigelegt Nein

Ich/wir versichere/versichern, dass die gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Wenn sich die hier gemachten Angaben ändern, werde(n) ich/wir die BKK SBH unverzüglich darüber unterrichten. Zu Unrecht bezogene Leistungen zahle ich zurück.

Datum _____

Unterschrift des Versicherten / gesetzl. Vertreters/Bevollmächtigten _____

Hinweis der Krankenkasse:

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Grundlagen hierfür sind die §§ 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 60 SGB I und § 21 SGB X.

Mit der Unterschrift stimmt die/der Versicherte der Speicherung der personenbezogenen Daten gemäß DSGVO zu. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite.