

# 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.