



■ Höchstbelastungen

Die zumutbare Eigenbelastung eines Versicherten bzw. seiner Familie ist auf höchstens 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Zur Ermittlung der individuellen Belastungsgrenze werden bei Alleinstehenden die jährlichen Bruttoeinnahmen ohne Kürzung zu Grunde gelegt.

Bei Familien werden die jährlichen Bruttoeinnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartner bzw. eingetragenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und der familienversicherten Kinder zusammengerechnet. Um die Situation von Familien stärker zu berücksichtigen, werden von diesem „Familieneinkommen“ noch „Familienabschläge“ abgezogen, und zwar einheitlich in allen Bundesländern 4.347,00 € für den Ehepartner/Lebenspartner und 3.648,00 € für jedes familienversicherte Kind.

Für einige Personengruppen, z. B. Empfänger von Sozialhilfe, gelten besondere Regelungen zur Bestimmung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

■ Sonderregelung für chronisch Kranke

Chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, müssen nur Zuzahlungen bis zu einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt leisten. Für die Anwendung dieser gekürzten Belastungsgrenze ist ein Antrag erforderlich.

Die niedrigere Zuzahlungsgrenze gilt nicht nur für die Zuzahlung des Versicherten im Zusammenhang mit seiner schwerwiegenden chronischen Krankheit, sondern auch für alle anderen anfallenden Zuzahlungen für ihn und die genannten Familienangehörigen.

Eine „schwerwiegende chronische Erkrankung“ liegt vor, wenn seit einem Jahr und pro Quartal mindestens eine ärztliche Behandlung hierzu erfolgt.

Darüber hinaus ist erforderlich:

- die Einstufung in die Plegestufe 2 oder 3 der gesetzlichen Pflegeversicherung oder
- ein Grad der Behinderung von mindestens 60 oder
- eine Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent oder
- eine kontinuierliche medizinische Versorgung der Gesundheitsstörung, ohne die nach Einschätzung des Arztes eine lebensbedrohliche Verschlimmerung oder eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist. Diese Behandlung muss wegen der genannten chronischen Erkrankung erfolgen.



Erreichen Versicherte bereits während des Kalenderjahres die Belastungsgrenze von zwei bzw. ein Prozent, kommt für den Rest des Jahres eine Befreiung von den Zuzahlungen in Betracht.

Bitte achten Sie darauf, dass alle Zuzahlungen quittiert werden. Die Quittungen werden für die Entscheidung über eine eventuelle Befreiung oder die spätere Erstattung von ggf. zu viel geleisteten Zuzahlungen benötigt. Ein entsprechendes Quittungsheft stellt Ihnen unsere BKK zur Verfügung.



*Haben Sie noch Fragen?
Bitte sprechen Sie uns an.*

Eigenbeteiligung,
Belastungsgrenzen,
Erstattungen





In der gesetzlichen Krankenversicherung herrscht der Grundsatz: An allen Leistungen, die die Krankenkasse zur Verfügung stellt, hat sich der Versicherte in der Regel finanziell zu beteiligen. Ausnahmen bilden die Vorsorgeuntersuchungen, wie z. B. der Gesundheits Check-up, die Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und die Schutzimpfungen.

Befreiungen sind bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres vorgesehen (Ausnahmen: Fahrkosten, Kieferorthopädische Behandlung und Zahnersatz). Um die Versicherten jedoch vor finanzieller Überforderung zu bewahren, sieht die BKK so genannte Belastungsgrenzen vor.

In welchem Fall und in welchem Umfang mit einer Erstattung zu rechnen ist, möchten wir Ihnen ebenfalls darstellen. Sie erhalten dabei auch eine Übersicht, ob und ab wann eine Zuzahlung entfällt.

Zuzahlungen sind im Einzelnen wie folgt zu entrichten:

- **Arztbesuch**
Praxisgebühr von jeweils 10,00 € pro Quartal beim erstmaligen Aufsuchen eines Arztes bzw. eines Psychotherapeuten oder eines Zahnarztes oder eines Notdienstes, z. B. in einer Krankenhausambulanz.

1. Ausnahme:

Überweisungen: Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn dieser Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt.

2. Vorsorge:

Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen.

- **Arznei- und Verbandmittel**
Zuzahlung von 10 Prozent des Preises, jedoch mindestens 5,00 € und maximal 10,00 € pro Arzneimittel. In keinem Fall mehr als die Kosten des Mittels.

Beispiele:

- Ein Medikament kostet 20,00 €. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5,00 €.
- Ein Medikament kostet 75,00 €. Die Zuzahlung beträgt 10 % vom Preis, also 7,50 €.
- Ein Medikament kostet 120,00 €. Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10,00 € begrenzt.



- **Heilmittel und häusliche Krankenpflege**
Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten des Mittels zuzüglich 10,00 € je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt).

Beispiel:

- Wenn z. B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung 10,00 € für dieses Rezept und zusätzlich 10 % der Kosten pro Massage.

- **Hilfsmittel**
Zuzahlung von 10 Prozent für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens 5,00 € und maximal 10,00 €. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Ausnahme:

- Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10 Prozent je Verbrauchseinheit, aber maximal 10,00 € pro Monat.

- **Soziotherapie, Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe**
Zuzahlung von 10 Prozent der kalendertäglichen Kosten, jedoch mindestens 5,00 € und höchstens 10,00 €.



- **Stationäre Vorsorge, stationäre und ambulante Rehabilitation**
Zuzahlung von 10,00 € pro Tag, bei Anschlussrehabilitation begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.

- **Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter**
Zuzahlung von 10,00 € pro Tag.

- **Krankenhaus**
Zuzahlung von 10,00 € pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.

- **Fahrkosten**
10 Prozent der Kosten, jedoch mindestens 5,00 € und höchstens 10,00 € je Fahrt (maximal die tatsächlichen Kosten). Kostenübernahme bei Fahrten zur ambulanten Behandlung nur in Ausnahmefällen bei vorheriger Genehmigung durch die BKK.

- **Zahnersatz**
Die BKK beteiligt sich mit einem Festzuschuss in Höhe von 50 % der festgelegten Beträge für die jeweilige Regelsversorgung. Der Zuschuss erhöht sich um 20 %, wenn Sie sich in den letzten fünf Kalenderjahren mindestens einmal jährlich von einem Zahnarzt haben untersuchen lassen; bei zehnjähriger Vorsorge um weitere 10 %. Die Differenz zwischen Festzuschuss und tatsächlichen Kosten ist der Eigenanteil.

