



Hinweise, Tipps und Befreiungsmöglichkeiten

Leistungen und Zuzahlungen



Liebe Leserin, lieber Leser,

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen und unser Gesundheitswesen gilt als eines der besten der Welt. Aber es ist auch teuer. Damit es auf Dauer finanzierbar bleibt und für alle Versicherten eine gute Versorgung gewährleistet ist, müssen Sie einen Teil Ihrer Krankheits- und Pflegekosten in Form von Zuzahlungen selbst aufbringen. In welchem Fall wir die Leistungen in voller Höhe übernehmen, wann wir uns an Ihren Zuzahlungen beteiligen können und was Sie beachten sollten, erfahren Sie auf den nächsten Seiten. Diese Information kann Ihnen nur einen ersten Überblick geben. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns. Wir beraten Sie gern.

Ihre BKK

Die Zuzahlungsbefreiung

Damit Sie nicht übermäßig belastet werden, sind die Zuzahlungen auf einen zumutbaren Eigenanteil begrenzt. Maßgeblich sind alle Zuzahlungen, die Sie bzw. die in Ihrem Haushalt lebenden Angehörigen gezahlt haben.

Ihre Zuzahlungen betragen im Kalenderjahr grundsätzlich 2 % Ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Das ist Ihre individuelle Belastungsgrenze.

Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwer wiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die weitere Dauer der Behandlung muss spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachgewiesen werden.

Von jüngeren Versicherten kann die verminderte Belastungsgrenze in Höhe von 1 % nur dann in Anspruch genommen werden, wenn sie regelmäßig an Gesundheitsuntersuchungen teilgenommen haben.

Leistungen ohne Zuzahlung:

Krankengeld

bei Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie nach Ende der Entgeltfortzahlung durch Ihren Arbeitgeber in Höhe von 70 % Ihres beitragspflichtigen Arbeitsentgelts (höchstens 90 % des Nettoarbeitsentgelts).

Mutterschaftsleistungen

für Vorsorge, Hebamme, Arzt, Arzneien, Entbindung usw. Außerdem Mutterschaftsgeld in Höhe von maximal 13 EUR täglich für die Schutzfristen (Beträge oberhalb von 13 EUR zahlt der Arbeitgeber bis zum Nettolohn).

Pflegeleistungen

bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit. In den Pflegegraden 2 bis 5 erhalten Sie je nach Pflegegrad von unserer Pflegekasse:

Von Ihrem Arzt oder Ärztin erhalten Sie eine Bescheinigung über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Diese darf der Arzt oder die Ärztin jedoch nur ausstellen, wenn die Versicherten sich therapiegerecht verhalten. Dies kann z. B. durch die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Chroniker (DMP) der Fall sein. In den Fällen, in denen ein solches Programm nicht besteht, wird die geeignete Therapie von Ihrem behandelnden Arzt bestimmt.

Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, dann stellen wir Ihnen darüber eine Bescheinigung aus.

Pflegegeld:	mtl.	316	–	901 EUR
Pflegesachleistung:	mtl.	689	–	1.995 EUR
Teilstationäre Pflege:	mtl.	689	–	1.995 EUR
Vollstationäre Pflege:	mtl.	770	–	2.005 EUR

Die Leistungen der teilstationären Pflege können mit einem Betrag in Höhe von bis zu 806 EUR aus der Kurzzeitpflege ergänzt werden. Möglich sind die Stellung einer Ersatzpflegekraft bei Verhinderung der Pflegeperson sowie die Zahlung von Beiträgen zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für die Pflegeperson. Es stehen zusätzliche Entlastungsleistungen von bis zu 125 EUR monatlich zur Verfügung. Diese können auch bei Pflegegrad 1 beansprucht werden. Bei vollstationärer Pflege ist ein Zuschuss von 125 EUR möglich.

Vorsorge

Frauen ab dem Alter von 20 Jahren und Männer ab dem Alter von 35 Jahren können kostenlose Vorsorgeuntersuchungen zur Krebsfrüherkennung erhalten. Ab 18 Jahre übernimmt die BKK einmalig und ab 35 Jahre jedes zweite Jahr die Kosten für einen Gesundheits-Check-up.

Welche Einnahmen werden berücksichtigt?

Maßgebend sind alle Bruttoeinnahmen, so z.B. Lohn, Gehalt, Weihnachtsgeld, Renten, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung. Dazu gehören ebenso alle sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt, auch wenn sie steuerfrei sind. Die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen und die Ihres Lebenspartners werden mit angerechnet.

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und entsprechende Renten oder Beihilfen nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG). Erhalten Sie oder einer Ihrer Angehörigen

- Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und der Erwerbsminderung nach dem SGB XII,
- ergänzende Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder anderen Gesetzen,

Leistungen mit Zuzahlung (Auszug):

Falls nicht anders benannt, beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR, allerdings jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Arznei- und Verbandmittel

in Höhe des Festbetrages oder der wirtschaftlichen Kosten für alle verschreibungspflichtigen Mittel. Rund 3.800 Arzneien erhalten Sie zuzahlungsfrei.

Häusliche Krankenpflege

im Rahmen der Verträge, z. B. anstelle einer Krankenhausbehandlung, durch Sozialstationen usw.

- oder werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen,

wird als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach dem SGB XII in Ihrem Bundesland herangezogen. Die Regelleistung für Bezieher von Arbeitslosengeld II beträgt 424 EUR.

Wer trägt welche Kosten?

Sie zahlen die Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze. Wir dürfen keine Kosten für ausgeschlossene Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel übernehmen. Eigenanteile werden ebenfalls oberhalb von Festbeträgen und bei Privatbehandlungen fällig. Im übrigen übernehmen wir alle vertraglichen Kosten unserer Leistungen abzüglich Ihrer Zuzahlung und die Kosten oberhalb der Belastungsgrenze.

Heilmittel

wie Massagen, Bäder und Krankengymnastik usw., wenn der Arzt diese verordnet.

Hilfsmittel

wie Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere notwendige Hilfsmittel.

Krankenhausbehandlung

vollstationär, teilstationär, vor- oder nachstationär sowie ambulant in zugelassenen Krankenhäusern. Für die vollstationäre Krankenhausbehandlung beträgt ihre Zuzahlung 10 EUR pro Tag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr. Die anderen Behandlungsformen im Krankenhaus sind zuzahlungsfrei.

Was soll ich beachten?

Bitte sammeln Sie alle Quittungen und Belege, mit denen Sie Ihre Zuzahlungen nachweisen können. Stellt sich schon vor Ablauf des Kalenderjahres heraus, dass Ihre Belastungsgrenze überschritten wird, erhalten Sie von uns eine Bescheinigung darüber, dass Sie für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten haben.

Das Sammeln erleichtert Ihnen ein Nachweisheft, das Sie kostenlos bei uns erhalten.

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Kuren)

Ihre Zuzahlung beträgt ab dem 18. Lebensjahr 10 EUR pro Tag. Bei sogenannten Anschluss-Rehabilitationen allerdings nur für maximal 28 Tage im Kalenderjahr. Es erfolgt eine Anrechnung bereits im Krankenhaus geleisteter Zuzahlung.

Zusätzliche Leistung für Versicherte unter 20 Jahren

Empfängnisverhütende Mittel nach ärztlicher Verordnung und zu Festbeträgen. Mit vollendetem 18. Lebensjahr beträgt die Zuzahlung 10 % des Abgabepreises, mindestens 5, höchstens 10 EUR; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Wie hoch ist meine Belastungsgrenze?

Bei der Ermittlung Ihrer Belastungsgrenze werden Ihre gesamten jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen und die Ihres Ehegatten/Lebenspartners zusammengerechnet.

Für Ihren Ehegatten oder Lebenspartner werden 15 % der jährlichen Bezugsgröße (2019 = 37.380 EUR × 15 % = 5.607 EUR) abgezogen. Für jedes Kind ist ein Betrag in Höhe von 7.620 EUR in Abzug zu bringen. Bis zur Höhe von 2 % der verbleibenden Bruttoeinnahmen hat Ihre Familie Zuzahlungen zu leisten.

Das untenstehende Beispiel stellt die vorzunehmende Berechnung noch einmal übersichtlich dar.

Berechnungsschema Individuelle Belastungsgrenze	Beispiel	Ihre Werte
jährliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt aller Haushaltsangehörigen des Mitgliebes	30.000,00 EUR	
für den ersten Haushaltsangehörigen (Ehegatte)	– 5.607,00 EUR	
für jedes Kind (hier: 1 Kind)	– 7.620,00 EUR	
verbleibende Bruttoeinnahmen (Ergebnis 1)	16.773,00 EUR	
Ergebnis 1 × 2 % Belastungsgrenze für Zuzahlungen	335,46 EUR	

Welche Kosten übernimmt die BKK bei Zahnersatz?

Wir übernehmen für Zahnersatz und Zahnkronen 50 % der Kosten für die Regelversorgung als Festzuschuss. Mit „Regelversorgung“ sind die Leistungen gemeint, die bei einem bestimmten Befund in den allermeisten Fällen (= in der Regel) anfallen. Der Festzuschuss erhöht sich für Sie um 20 %, wenn Sie in den letzten fünf Jahren die Vorsorgeuntersuchungen wenigstens einmal im Jahr wahrgenommen haben. Ihr Zahnarzt bescheinigt Ihnen diese Termine in dem sogenannten Bonusheft. Haben Sie in den letzten zehn Kalenderjahren mindestens einmal jährlich die Vorsorgeuntersuchung eingehalten, erhöhen wir unseren Zuschuss noch einmal um 10 %.

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist eine zahnärztliche Untersuchung in jedem Kalenderhalbjahr nötig, um den Bonus zu erhalten.



¹ Berücksichtigt sind 30 % Vorsorgebonus.

² Mitglied 1.246 EUR, Ehegatte 467,25 EUR, je familienversichertes Kind 311,50 EUR (2019).

Ich kann mir die Zuzahlung nicht leisten, was nun?

Wenn die Zuzahlung für den Zahnersatz für Sie eine zu große finanzielle Belastung bedeutet, können wir einen Teil Ihres Eigenanteils erstatten. Die Einkommensgrenze beträgt für Ledige monatlich 1.246,00 EUR brutto. Sie erhöht sich für den ersten Haushaltsangehörigen um 467,25 EUR, für jeden weiteren um 311,50 EUR monatlich (2019).

Bitte legen Sie uns die Rechnung Ihres Zahnarztes vor, damit wir den Zuschuss festsetzen können.

Besondere Härtefallregelung bei Zahnersatz

(Werte in EUR)		Beispiel	Ihre Werte
1.	Regelversorgung	3.000,00	
2.	– Festzuschuss ¹	– 1.950,00	
3.	= regulärer Versichertenanteil	= 1.050,00	
4.	Familieneinkommen (brutto mtl.)	2.500,00	
5.	– Allgemeine Härtefallgrenze ² (Mitglied, Ehegatte, 2 Kinder)	– 2.336,25	
6.	= Differenz	= 163,75	
7.	Versichertenanteil (Wert 3.)	1.050,00	
8.	– zumutbarer Anteil (Wert 6. × 3)	– 491,25	
9.	= Zusätzliche Härtezuschuss	= 558,75	
10.	= Ihr endgültiger Versichertenanteil (Wert 8.)	491,25	

So beteiligt sich das Finanzamt

Die von Ihnen endgültig selbst getragenen Krankheitsaufwendungen sind unter bestimmten Voraussetzungen als „außergewöhnliche Belastung“ absetzbar. Allerdings nur der Betrag, der eine zumutbare Eigenbelastung (siehe unten) übersteigt.

Übersteigen Ihre Krankheitsaufwendungen zusammen mit anderen außergewöhnlichen Belastungen diese Grenzen, so können Sie dies in Ihrer Steuererklärung geltend machen. Die zumutbare Eigenbelastung ergibt sich aus folgender Übersicht:

Zumutbare Eigenbelastung			
Gesamtbetrag der Einkünfte in EUR			
in % der Einkünfte	bis 15.340	bis 51.130	über 51.130
ohne Kinder			
bei Einzelveranlagung (§ 32a Abs. 1 EStG)	5 %	6 %	7 %
bei Zusammenveranlagung (Splittingverfahren für Ehegatten, § 32a Abs. 5 oder 6 EStG)	4 %	5 %	6 %
mit Kindern			
bis zu zwei Kinder	2 %	3 %	4 %
mehr als zwei Kinder	1 %	1 %	2 %

Impressum

© MBO Verlag GmbH, 48143 Münster,
Artikel-Nr.: 701018 – 2/19

Rechtsstand: 1.1.2019

Bitte beachten Sie: Diese Information ist eine
Zusammenfassung des geltenden Rechts.
Maßgebend sind stets Gesetz und Satzung.

BKK® und das BKK Logo sind registrierte
Schutzmarken des BKK Dachverbandes e.V..

Bildnachweis

Titel großes Foto: © VRD/Fotolia.com
Titel Bildleiste Foto 1: © K.-U. Häßler/Fotolia.com
Titel Bildleiste Foto 2: © Photos.com/Thinkstock
Titel Bildleiste Foto 3: © m.schuckart/Fotolia.com
S. 1: © diego cervo/Fotolia.com
S. 8: © O.K./Fotolia.com

