



„Behalten Sie Ihre Zuzahlungen im Blick. So zahlen Sie nicht mehr als nötig.“

Steffen Herold, SBK-Kundenberater

Wir sind auf deiner Seite.



Gesetzliche Zuzahlungen

Ein Überblick von Steffen Herold, SBK-Kundenberater.

Als gesetzlich Versicherter übernehmen Sie bei einigen medizinischen Leistungen einen Teil der Ausgaben selbst, zum Beispiel bei Krankengymnastik, Medikamenten oder einer Behandlung im Krankenhaus. Diesen Anteil nennt man Zuzahlung.

Die wichtigsten Zuzahlungen im Überblick

Zuzahlungen für	Höhe der Zuzahlung	Ausnahme/Anmerkungen
<ul style="list-style-type: none"> Arzneimittel Hilfsmittel Verbandmittel 	10 % der Kosten, mindestens 5 € und maximal 10 €.	Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Windeln bei krankhafter Inkontinenz): Zuzahlung ist auf 10 € pro Monat begrenzt und es gibt keine Mindestgrenze von 5 €.
<ul style="list-style-type: none"> Fahrkosten 	10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 € und höchstens 10 €	Zuzahlungen für Fahrkosten entstehen bei Rettungstransporten, Notarzteinsätzen, Luft- und Wasserrettung – auch dann wenn kein Transport stattgefunden hat.
<ul style="list-style-type: none"> Häusliche Krankenpflege Heilmittel (Bäder, Massagen etc.) 	10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung.	Häusliche Krankenpflege: Die 10 %ige Zuzahlung ist auf die ersten 28 Behandlungstage pro Kalenderjahr begrenzt.
<ul style="list-style-type: none"> Haushaltshilfe Soziotherapie 	Je Tag 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.	
<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Krankenhausbehandlung 	10 € je Tag, für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.	Die 28 Tage umfassen auch Anschlussheilbehandlungen.
<ul style="list-style-type: none"> Stationäre oder ambulante Reha 	10 € je Tag.	Bei Anschlussheilbehandlungen nach Ihrer stationären Krankenhausbehandlung bezahlen Sie die 10 € nur für insgesamt maximal 28 Tage.
<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Vorsorgemaßnahme 	10 € je Tag.	

Kinder bis zum 18. Lebensjahr brauchen keine Zuzahlungen zu leisten – außer bei Fahrkosten. Die Höchstgrenze jeder Zuzahlung sind die tatsächlichen Kosten des Mittels oder der Behandlung.

Wie viel Zuzahlungen sind von mir zu leisten?

Ihre Zuzahlungen sind auf **2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen Ihres Haushalts begrenzt**. Für die Berechnung dieser Grenze werden immer die Einnahmen und Zuzahlungen aller Familienmitglieder im **gemeinsamen Haushalt** betrachtet. Zum Haushalt gehören Ihr Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner und Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie ihren 18. Geburtstag feiern – unabhängig davon, wie sie krankenversichert sind. Ab dem Folgejahr werden Kinder nur noch zum gemeinsamen Haushalt gezählt, sofern sie gesetzlich familienversichert sind. Haben Sie die 2-%-Grenze erreicht, sind Sie und alle im Haushalt lebenden Familienmitglieder für das restliche Kalenderjahr von weiteren Zuzahlungen befreit. Wie hoch die Grenze Ihrer Zuzahlungen in etwa ist, können Sie online unter **sbk.org/zuzahlungsrechner** ermitteln oder Sie fragen Ihren persönlichen SBK-Kundenberater.

Gibt es auch eine niedrigere Grenze?

Diese Grenze wird auf 1 % gesenkt, wenn ein Familienmitglied im gemeinsamen Haushalt schwerwiegend chronisch erkrankt ist. Dies ist bei einer Dauerbehandlung der Fall, das heißt, dass die Krankheit wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde.

Zusätzlich muss mindestens einer der folgenden Punkte zutreffen:

- Das Familienmitglied braucht eine kontinuierliche medizinische Behandlung: Ohne diese würde sich die Erkrankung lebensbedrohlich verschlimmern, die Lebenserwartung vermindern oder die Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigen.
- Das Familienmitglied ist pflegebedürftig mit mindestens Pflegegrad 3.
- Bei dem Familienmitglied liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.

Welche Einnahmen werden in die Berechnung einbezogen?

Alle persönlichen Einnahmen, mit denen Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten, spielen bei der Berechnung eine Rolle. Zu diesen Einnahmen gehören zum Beispiel gesetzliche Renten, Gehalt oder Lohn, Sparzinsen, Unterhaltszahlungen und Mieteinnahmen.

Es werden immer die **Bruttobeträge** Ihrer Einnahmen betrachtet, das heißt vor Abzug von Steuern und Sozialabgaben.

Wie erhalte ich zu viel gezahlte Zuzahlungen zurück?

Haben Sie im Kalenderjahr bereits Zuzahlungen geleistet, die zusammengerechnet über 2 % bzw. 1 % Ihrer Einnahmen liegen? Dann bekommen Sie diesen Teil zurück. Laden Sie einfach online unter **sbk.org/zuzahlungsbefreiung** Ihren persönlichen Antrag herunter oder lassen Sie sich den Antrag von Ihrem persönlichen SBK-Kundenberater zuschicken. Bitte sammeln Sie dafür Ihre Belege.

Mein Tipp: In vielen Apotheken können Sie sich am Jahresende einen **Sammelbeleg** ausdrucken lassen.

Kann ich meinen Zuzahlungsbetrag auch im Voraus bezahlen?

Sparen Sie sich das Sammeln der Belege: Wenn Sie schon vorab wissen, dass Sie im kommenden Jahr 2 % bzw. 1 % Ihrer Einnahmen für Zuzahlungen ausgeben, können Sie den Betrag im Voraus an uns überweisen. Sie erhalten dann pünktlich zu Beginn des Jahres Ihren **Befreiungsausweis**, sodass unterjährig keine weiteren Zuzahlungen auf Sie zukommen. Bitte sprechen Sie dafür einfach Ihren persönlichen SBK-Kundenberater an.

Sind noch Fragen offen?

Weitere Informationen finden Sie unter sbk.org/zuzahlung.

Ihr persönlicher Kundenberater steht Ihnen immer gerne mit Rat und Tat zur Seite. Seine Kontaktdaten finden Sie unter **sbk.org/kundenberater** oder in Ihrer Online-Geschäftsstelle **Meine SBK** unter **sbk.org/meine-sbk**. Oder nutzen Sie unser SBK-Kundentelefon **0800 072 572 572 50** (gebührenfrei*).

* Innerhalb Deutschlands; aus dem Ausland erreichen Sie uns unter +49 89 444 570 90 zu den dort geltenden Telefongebühren.

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen

zurück an:

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

.....
Versichertennummer

Name, Vorname des Versicherten

.....
Geburtsdatum

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr

Persönliche Angaben (Bitte teilen Sie uns Ihre **aktuellen Daten** mit, damit wir Sie bei Rückfragen kontaktieren können.)

Telefon Festnetz*

E-Mail*

Telefon mobil*

* Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der optimalen Betreuung und Beratung sowie Information über Angebote der SBK erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org widerrufen.

Familienstand

ledig/geschieden/verwitwet verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft

getrennt lebend seit _____

Gemeinsamer Haushalt

Bitte nennen Sie uns Ihre Familienmitglieder, die mit Ihnen in einem gemeinsamen Haushalt leben. Denn für alle wird die Befreiung zusammen berechnet – unabhängig bei welcher Krankenkasse sie versichert sind.

Zum gemeinsamen Haushalt zählt auch ein Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner, der dauerhaft in einer vollstationären Pflege- oder Behinderteneinrichtung lebt und Leistungen nach § 43 SGB XI bzw. 43a SGB XI erhält. Kinder zählen ab dem Kalenderjahr, in dem sie ihren 19. Geburtstag feiern, nur dazu, wenn sie familienversichert sind.

Familienmitglied	Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Ehegatte/eingetr. Lebenspartnerschaft				
Kind				
Kind				
Kind				
Kind				



Versichertennummer

Höhe der Bruttoeinnahmen (Jahresbetrag)

Tragen Sie in die folgende Tabelle bitte Ihre jährlichen Einnahmen vor Abzug von Steuern und Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung (=Bruttoeinnahmen) ein und senden uns die entsprechenden **Nachweise** in Kopie zu.

Einnahmeart	SBK-Versicherte(r)	Ehegatte / eingetr. Lebenspartnerschaft	Kind(er)
Arbeitseinkommen <input type="checkbox"/> Selbstständige Tätigkeit			
Arbeitsentgelt <input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt/Ausbildungsvergütung <input type="checkbox"/> Geringfügige Tätigkeit <input type="checkbox"/> Abfindungen <input type="checkbox"/> Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien etc.)			
Renten <input type="checkbox"/> Gesetzliche Rente <input type="checkbox"/> Gesetzliche Rente <input type="checkbox"/> Unfallrente (_____ GdS) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge/Betriebsrente			
Entgeltersatzleistungen <input type="checkbox"/> Krankengeld, Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld etc. <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I /Unterhaltsgeld			
Sonstiges <input type="checkbox"/> BAföG <input type="checkbox"/> Unterhaltsleistungen <input type="checkbox"/> Miet- und/oder Pachteinnahmen <input type="checkbox"/> Zinseinnahmen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter etc.)			

.....

Versichertennummer

Den Erstattungsbetrag bitte ich auf folgende **Bankverbindung** zu überweisen

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN

.....

BIC

.....

- Ich bitte die SBK, diese Bankverbindung nur einmalig für die Erstattung zu nutzen.
- Ich wünsche, dass diese Bankverbindung auch für alle zukünftigen Transaktionen gespeichert wird.

Bitte legen Sie Ihrem Antrag die **Quittungen** aller Familienmitglieder bei, die mit Ihnen zusammen im gemeinsamen Haushalt leben. Damit ich Ihren Antrag schnell bearbeiten kann, bitte ich Sie, folgende Punkte zu beachten:

- **Personenbezogen**
Bitte achten Sie darauf, dass jede Quittung immer auf Ihren Namen oder auf den Namen Ihrer Angehörigen ausgestellt ist.
- **Datum der Leistung**
Aus der Quittung muss hervorgehen, an welchem Tag Sie die Leistung bekommen haben.
- **Zahlvermerk**
Die Quittung muss bestätigen, dass die Zuzahlung bezahlt wurde. Haben Sie lediglich eine Rechnung, aus der die Zahlung nicht hervorgeht, bestätigen Sie uns bitte, wann die Zahlung erfolgt ist. Beispiel: Waren Sie in stationärer Behandlung und haben die Zuzahlung an das Krankenhaus überwiesen, vermerken Sie auf der Rechnung, wann der Betrag überwiesen wurde (Überweisung am ...).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben. **Eine Änderung der Verhältnisse teile ich der SBK unverzüglich mit.** Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Ort, Datum

Unterschrift