

## Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke

[https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1530/RL-Chroniker\\_2017-11-17.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1530/RL-Chroniker_2017-11-17.pdf) in Kombination mit [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3427/2018-07-19\\_GU-RL\\_Anpassung-GU-Erwachsene\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3427/2018-07-19_GU-RL_Anpassung-GU-Erwachsene_BAnz.pdf)

[https://www.soziales.niedersachsen.de/soziales\\_gesundheit/soziales\\_entschaedigungsrecht/heil--und-krankenbehandlung-nach--10-ff-bundesversorgungsgesetz-bvg-365.html](https://www.soziales.niedersachsen.de/soziales_gesundheit/soziales_entschaedigungsrecht/heil--und-krankenbehandlung-nach--10-ff-bundesversorgungsgesetz-bvg-365.html) Kap.V.1.

[https://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/belastungsgrenze-zuzahlungsbefreiung-bei-haertefaellen\\_242\\_208934.html](https://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/belastungsgrenze-zuzahlungsbefreiung-bei-haertefaellen_242_208934.html)

[https://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/zuzahlungsbefreiung-bei-der-krankenkasse\\_242\\_432454.html](https://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/zuzahlungsbefreiung-bei-der-krankenkasse_242_432454.html)

<https://www.iww.de/aaa/archiv/richtlinien-chroniker-richtlinie-therapiegerechtes-verhalten-muss-jetzt-bescheinigt-werden-f21437>

## Das Wichtigste in Kürze

Menschen mit chronischen Krankheiten können eine Zuzahlungsbefreiung bei ihrer Krankenkasse bereits bei Erreichen einer Belastungsgrenze von 1 % ihres jährlichen Bruttoeinkommens beantragen. Generell liegt die Belastungsgrenze bei 2 % des Bruttoeinkommens, Näheres siehe [Zuzahlungsbefreiung Krankenversicherung](#).

Zuzahlungen müssen gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren z.B. zu Arzneimitteln, Hilfsmitteln oder Krankenhausbehandlungen leisten, Näheres unter [Zuzahlungen Krankenversicherung](#).

Als chronisch krank gilt, wer wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung ist. Wenn die Zuzahlungen einer chronisch kranken Person höher liegen als 1 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen, kann sie sich unter bestimmten Voraussetzungen für den Rest des Jahres von der Zuzahlung befreien lassen.

jd: den letzten Absatz finde ich eigentlich wenig sinnvoll, da die Info ja dann gleich ausführlicher unter den Voraussetzungen beschrieben wird. Allerdings steht der Absatz als "featured snippet" bei google, weshalb ich mich nicht traue, ihn zu löschen...

## Voraussetzungen für die niedrigere Belastungsgrenze

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung) **und** mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftig mit [Pflegegrad](#) 3 oder höher.
- [Grad der Behinderung](#) (GdB, Begriff des Reha- und Teilhaberechts) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS, Begriff des Sozialen Entschädigungsrechts) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Begriff der gesetzlichen Unfallversicherung) von mindestens 60. Der

GdB, GdS oder MdE muss auch durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.

- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm ([DMP](#)) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze.

Die schwerwiegende chronische Krankheit und die notwendige Dauerbehandlung müssen die Versicherten gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachweisen. Amtliche Bescheide über den GdB, Gds, MdE oder den Pflegegrad müssen in Kopie eingereicht werden. Die schwerwiegende chronische Krankheit muss im Bescheid zum GdB, GdS oder MdE als Begründung aufgeführt sein.

Laut Gesetz sind bestimmte Vorsorgeuntersuchungen für bestimmte Versicherte mit chronischen Krankheiten eine weitere Voraussetzung für die reduzierte Belastungsgrenze, nämlich für Versicherte, die

- **nicht** an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teilnehmen  
**und**
- nach dem 1.4.1972 geboren sind.

Laut Gesetz darf die sog. Chroniker-Richtlinie des [Gemeinsamen Bundesausschusses](#) Ausnahmen davon regeln. Nach der Richtlinie muss allerdings **niemand** an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, um von der niedrigen Belastungsgrenze profitieren zu können. Die Krankenkassen halten sich an die Regeln der Richtlinie und fordern **keinen** Nachweis von Vorsorgeuntersuchungen.

In der Chroniker-Richtlinie steht eine Pflicht zur Beratung über Krebsvorsorgeuntersuchungen, aber sie gilt nicht, weil das Gesetz keine solche Pflicht vorsieht. Auch daran halten sich die Krankenkassen.

Quellen: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1530/RL-Chroniker\\_2017-11-17.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1530/RL-Chroniker_2017-11-17.pdf)

Im: Die Chroniker-Richtlinie bezieht sich auf eine alte Rechtslage. Es gab früher eine Obliegenheit zu bestimmten Krebsvorsorgeuntersuchungen, die dann wegen der Risiken aufgegeben wurde. Die Obliegenheit bezieht sich jetzt nicht mehr auf die Krebsvorsorgeuntersuchung, aber die Chroniker-Richtlinie schon. Nach der Chroniker-Richtlinie bleibt es deshalb momentan völlig folgenlos für die reduzierte Belastungsgrenze, wenn Leute sich weder beraten lassen, noch Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Rechtmäßig ist die ganze Sache offenbar nicht, weil der Gesetzgeber nicht bestimmt hat, dass die Chroniker-Richtlinie das so regeln darf. Sie darf nur Ausnahmen von der Pflicht regeln, nicht, die Pflicht komplett außer Kraft setzen. Das ändert aber nichts daran, dass es jetzt so ist. Ich denke es wäre verwirrend, wenn wir das hier erklären würden, denn es ist auch für mich als Juristin nicht einfach zu verstehen, wie es zu so einer Situation kommen konnte.

Ich glaube, dass sich die Krankenkassen in der Praxis wirklich an die Richtlinie halten, aber meiner Rechtsansicht nach müssen sie das nicht, weil ja das Gesetz im Zweifel über der Richtlinie steht, falls die sich widersprechen. Aber ich habe mehrere Versuche gemacht, dazu etwas zu schreiben und fand das Ergebnis jedes Mal verwirrend statt hilfreich für Betroffene. Hier ist die unrechtmäßige

Situation ja von Vorteil für die Betroffenen Menschen, die keine Vorsorge wahrgenommen haben.

Quelle: SGB V § 62 Belastungsgrenze Schifferdecker beck-online.GROSSKOMMENTAR (Kasseler Kommentar) Hrsg: Rolfs (geschf.)/Körner/Krasney/Mutschler, Stand: 01.03.2022 Rn. 23f (bei beck-online)

cg: Quelle:

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user\\_upload/230207\\_148x210\\_BMG\\_Ratgeber-Krankenversicherung\\_2301\\_3\\_BF\\_LNF.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/230207_148x210_BMG_Ratgeber-Krankenversicherung_2301_3_BF_LNF.pdf) (auch im Ratgeber vom BuMi 2023 kein Hinweis auf irgendeinen Nachweis zu Vorsorgeuntersuchungen, siehe S. 168. Punkt 3 dort genannt, bezieht sich auf das Muster 55)

jd: Ich habe mich gewundert, warum in der Chroniker-Richtlinie nichts zum therapiegerechten Verhalten steht. Da gab es 2018 eine Änderung. Seitdem muss kein therapiegerechtes Verhalten mehr bescheinigt werden. Quelle:

und

[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3136/2017-11-17\\_2018-02-15\\_Chrl-Anpassung-PSG-II\\_konsolidiert\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3136/2017-11-17_2018-02-15_Chrl-Anpassung-PSG-II_konsolidiert_BAnz.pdf) ich erinnere mich, dass wir das schon einmal abgemildert haben mit dem Satz, dass in der Regel davon ausgegangen werden kann - aber es ist gar nicht mehr die Rede davon in der überarbeiteten Version der Richtlinie - in der alten war es tatsächlich ein großes Thema.

## Berechnung der Belastungsgrenze

Detaillierte Angaben darüber, was zum „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ zählt und was die Anrechnung dieses Einkommens reduziert, unter [Zuzahlungsbefreiung Krankenversicherung](#).

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen der versicherten Person mit den Zuzahlungen ihrer Angehörigen, die mit ihr im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

**Ausnahme:** Ist ein Ehe-/eingetragener Lebenspartner beihilfeberechtigt (beihilfeberechtigt sind vor allem Beamte und ehemalige Beamte) und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die auch dieser eventuell leisten muss, **nicht** als Familienzuzahlung berechnet, das bedeutet, die gesetzliche Krankenkasse erkennt diese nicht als Zuzahlungen in ihrem Sinne an. Beim Familieneinkommen werden allerdings **beide** Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

## Berechnungsbeispiel

Formeln in 1.1.-Tabelle

Freibetrag für den ersten Angehörigen: 15 % der jährlichen Bezugsgröße

Freibetrag für jeden weiteren Angehörigen: 10 % der jährlichen Bezugsgröße

Freibetrag für Kinder davon abweichend: Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG, Quelle: § 62 Abs. 2 SGB V:

"Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich aus den

Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt."

na: Erhöhung 1.1.25 Bundesrat hat zugestimmt

<https://www.bundesrat.de/DE/plenum/bundesrat-kompakt/24/1050/55.html?nn=4352768#top-55>

Ehepaar mit 2 Kindern:

- Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
- **minus** Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.741 €
- **minus** Freibetrag für 2 Kinder: 19.200 € (2 x 9.600 €)
- **ergibt** Zwischensumme: 4.059 €
- **davon** 1 % = Belastungsgrenze: 40,59 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 40,59 € im Jahr übersteigen, sind keine Zuzahlungen mehr zu leisten.

## Zuzahlungsbefreiung, Rückerstattung

Überschreiten die Zuzahlungen 1 % der Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr, sollte die versicherte Person sich mit ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sie erhält dann für sich sowie ihren Ehepartner oder eingetragenen Lebenspartner und die familienversicherten Kinder, die mit ihr in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung. Zu viel gezahlte Zuzahlungen erstattet die Krankenkasse.

Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, reicht ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.

Wer schon weiß, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Wenn die Zuzahlungen in dem Jahr aber doch geringer ausfallen, behält die Krankenkasse trotzdem den gezahlten Betrag.

## Praxistipps

- Die Chroniker-Richtlinie des [Gemeinsamen Bundesausschusses](#) können Sie unter [> Richtlinien > Chroniker-Richtlinie \(§ 62 SGB V\)](http://www.g-ba.de) downloaden. Die Richtlinie bezieht sich allerdings in § 4 auf eine veraltete Rechtslage. Sie müssen **keine** ärztliche Beratung zu Krebsvorsorgeuntersuchungen nachweisen, auch wenn es in der Richtlinie so steht.
- Bei vielen Krankenkassen können Sie den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung online stellen und den ärztlichen Nachweis direkt hochladen.

## Wer hilft weiter?

[Krankenkassen](#)

## Verwandte Links

[Zuzahlungsbefreiung Krankenversicherung](#)

[Zuzahlungen Krankenversicherung](#)

[Leistungen der Krankenkasse](#)

[Patientenrechte](#)

Rechtsgrundlagen: § 62 SGB V