

Wie gehen Sie vor, um Ihre Bruttoeinnahmen zu ermitteln?

Zu den Bruttoeinnahmen zählen alle Einkünfte, mit denen Versicherte ihren Lebensunterhalt finanzieren – zum Beispiel Gehalt, Renten, Versorgungsbezüge, Zinsen aus Kapitalerträgen und Mieteinnahmen. Bei der Berechnung der Belastungsgrenze werden die jährlichen Bruttoeinnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden, berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit einbezogen. Die Belastungsgrenze von einem Prozent gilt dann für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen ebenfalls – auch, wenn diese selbst nicht chronisch erkrankt sind.

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden für Angehörige Abschläge vom Haushaltseinkommen abgezogen. Für das Jahr 2012 gelten folgende Werte:

- 4.725 Euro für den ersten Angehörigen
- 3.150 Euro für jeden weiteren Angehörigen
- 7.008 Euro für jedes zu berücksichtigende Kind.

Kinder werden – unabhängig davon, wie sie versichert sind – generell als Angehörige berücksichtigt bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, werden sie berücksichtigt, sofern sie familienversichert sind.



Therapien anerkennen

Tipps für Verbraucher:

- Berechnen Sie Ihre persönliche Belastungsgrenze.
- Sammeln Sie – und alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen – alle Belege über geleistete Zuzahlungen.
- Wenn die Zuzahlungen Ihre persönliche Belastungsgrenze erreicht haben, stellen Sie bei der Krankenkasse zusammen mit den Einkommensnachweisen einen **Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das laufende Jahr**. Die Krankenkasse stellt nach Prüfung eine Bescheinigung aus.
- Lassen Sie sich im Zweifelsfall beraten.

Die persönliche Belastungsgrenze wird jedes Jahr neu ermittelt. Bei Versicherten, bei denen der Arzt eine chronische Erkrankung bescheinigt hat und keine Verbesserung zu erwarten ist, zum Beispiel bei stark Pflegebedürftigen, können die Krankenkassen – nach Rücksprache – auf einen jährlichen Nachweis verzichten.

Beratungspflicht für jüngere Versicherte:

Die sogenannte Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die seit 2008 in Kraft ist, sieht vor, dass jüngere Versicherte sich einmal ärztlich über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen **beraten** lassen müssen, um im Falle einer späteren chronischen Erkrankung Zuzahlungen nur bis 1 Prozent ihrer Bruttoeinnahmen leisten zu müssen. Diese Regelung betrifft alle Versicherten, die 2008 erstmals Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs oder Gebärmutterhalskrebs in Anspruch nehmen konnten. Das sind alle **Frauen**, die **nach dem 1. April 1987** geboren wurden, und alle **Männer**, die **nach dem 1. April 1962** geboren wurden.

Die Beratung, die in einem Präventionspass vermerkt werden sollte, muss spätestens zwei Jahre nach Beginn der Anspruchsberechtigung auf die jeweilige Früherkennungsuntersuchung erfolgen.

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen oder geistig wesentlicher Behinderung und Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Wir beraten Sie gern persönlich, telefonisch und per E-Mail.
Öffnungszeiten und Terminvereinbarungen unter (05 11) 9 11 96-0 oder www.verbraucherzentrale-niedersachsen.de

Beratungstellen

26603 Aurich Hafensstraße 7
21614 Buxtehude Ziegelkamp 8
29221 Celle Schuhstr. 40
27472 Cuxhaven Bahnhofstr. 11
27749 Delmenhorst Lange Str. 1
26721 Emden An der Berufsschule 3/VHS
37073 Göttingen Papendiek 24-26
30159 Hannover Herrenstr. 14
21335 Lüneburg Wallstr. 4
49716 Meppen Kirchstr. 29
26122 Oldenburg Julius-Mosen-Platz 5
49074 Osnabrück Große Str. 67
37520 Osterode am Harz Rollberg 3
31224 Peine Wolterfer Str. 64
21682 Stade Bahnhofstr. 2
27283 Verden Holzmarkt 7 (Stadtbibliothek)
26382 Wilhelmshaven Grenzstr. 95
38440 Wolfsburg Schillerstr. 42-44

Verbrauchertelefon

(1,50 € pro Min. aus dem deutschen Festnetz – Mobilfunkpreise abweichend)
0900 1 7979-01 **Internetbetrug**
Mo von 10-16 Uhr
0900 1 7979-02 **Verbraucherrecht**
Mo-Do von 10-16 Uhr
0900 1 7979-03 **Versicherungen**
Di u. Mi von 10-16 Uhr
0900 1 7979-04 **Banken, Baufinanzierung**
Di u. Mi von 10-16 Uhr
0900 1 7979-05 **Lebensmittel**
Mo von 10-16 Uhr
0900 1 7979-06 **Telefon und Internet**
Mo, Di u. Do von 10-16
0900 1 7979-07 **Krankenversicherungen**
Mo von 10-12 Uhr
0900 1 7979-08 **Energierecht**
Mo von 16-17 Uhr
Di von 12-13 Uhr

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

verbraucherzentrale

Niedersachsen

Verbraucherzentrale Niedersachsen e.V.

Herrenstr. 14
30159 Hannover

Tel. (05 11) 9 11 96-0
Fax (05 11) 9 11 96-10
info@vzniedersachsen.de
www.verbraucherzentrale-niedersachsen.de

Impressum: Verbraucherzentrale Hessen e.V. in Kooperation
mit der Verbraucherzentrale Niedersachsen e.V.
Gestaltung: Becker Späth, Darmstadt. Bilder: istockphoto

Stand: Mai 2012



verbraucherzentrale

Chronisch Kranke

Zuzahlungen
und Belastungsgrenze



Sind Sie chronisch krank?

Dann müssen Sie weniger Zuzahlungen leisten!

Generelle Zuzahlungspflicht

Seit 2004 müssen gesetzlich Krankenversicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bei Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten. Ausnahmen hiervon gelten für Versicherte, deren persönliche Belastungsgrenze durch bereits geleistete Zuzahlungen im laufenden Jahr erreicht ist. Für chronisch Kranke ist diese Belastungsgrenze niedriger, weshalb ggf. weniger Zuzahlungen geleistet werden müssen.



weniger zuzahlen

Wofür fallen Zuzahlungen an?

Gesetzlich Krankenversicherte müssen unter anderem in folgenden Fällen in die eigene Tasche greifen:

- beim Besuch in der Arztpraxis (sogenannte „Praxisgebühr“),
- für Aufenthalte im Krankenhaus,
- bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln,
- bei Heil- und Hilfsmitteln,
- Fahrtkosten und
- häuslicher Krankenpflege.

Jeder Versicherte muss während eines Kalenderjahres Zuzahlungen bis zu seiner persönlichen **Belastungsgrenze** leisten.

Wann ist eine Befreiung von Zuzahlungen möglich?

Die persönliche Belastungsgrenze beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen. Bei chronisch Kranken wird sie auf Antrag des Versicherten von der Krankenkasse auf **1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen** herabgesetzt. Nach Erreichen der persönlichen Belastungsgrenze ist eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen in dem betreffenden Kalenderjahr möglich.



chronische Erkrankung anerkennen

Anerkennung als chronische Erkrankung

Welche Voraussetzungen eine Krankheit erfüllen muss, um als chronische Erkrankung zu gelten, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie definiert. Demnach ist eine Krankheit als schwerwiegend chronisch einzustufen, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde, das heißt, der Versicherte befindet sich wegen derselben Krankheit in **Dauerbehandlung**.

Außerdem muss **eine** der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es liegt Pflegebedürftigkeit der **Pflegestufe 2 oder 3** vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (**GdB**) von **mindestens 60 %** oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (**MdE**) von **mindestens 60 %** vor. Der GdB oder die MdE muss zumindest auch durch die Krankheit begründet sein, derentwegen sich der Versicherte in ärztlicher Dauerbehandlung befindet.
- Es ist eine **kontinuierliche medizinische Versorgung** erforderlich, ohne die eine Verschlimmerung der Krankheit, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist. Die kontinuierliche medizinische Versorgung kann eine regelmäßige ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung sein, eine regelmäßige Therapie mit Arzneimitteln, eine regelmäßige Behandlungspflege (zum Beispiel Versorgung von Wunden, Verabreichung von Spritzen) oder eine regelmäßige Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilmitteln (Therapien wie physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie u. a.) sein.

Bescheinigung der Dauerbehandlung?

Die Dauerbehandlung ist durch Ihren Arzt zu bescheinigen. Seit 2008 umfasst die Bescheinigung über die Dauerbehandlung auch, dass sich der Patient **„therapiegerecht“** verhält. Das Ausstellen der Bescheinigung darf nur verweigert werden, wenn die Voraussetzungen der chronischen Erkrankung nicht mehr vorliegen oder der Patient erklärt, sich ausdrücklich entgegen der gemeinsamen Verständigung verhalten zu haben und dies auch weiterhin tun wird.

Ausgenommen von der Notwendigkeit der Bescheinigung sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Teilnehmer an Disease Management Programmen (Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Erkrankungen, in die sich Versicherte einschreiben können), Versicherte in Pflegestufe 2 oder 3 und Versicherte, die zu mindestens 60 % schwerbehindert oder zu mindestens 60 % erwerbsunfähig sind.

Wie gehen Sie vor, um als chronisch krank eingestuft zu werden?

- Sie beantragen bei Ihrer Krankenkasse die Anerkennung als chronisch krank.
- Sie benötigen dazu eine ärztliche Bescheinigung, in der die dauerbehandelte Krankheit angegeben ist.
- Den Grad der Behinderung, der Minderung der Erwerbsfähigkeit oder die Pflegestufe belegen Sie durch Kopien der amtlichen Bescheide.
- Wenn eine kontinuierliche medizinische Behandlung erforderlich ist, weisen Sie dies durch eine entsprechende ärztliche Bescheinigung nach.