

### **Wer gilt als schwerwiegend chronisch krank und kann seine Zuzahlungen auf ein Prozent des Bruttoeinkommens reduzieren?**

In der sogenannten Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist definiert, wer als schwerwiegend chronisch krank gilt. Dies sind Personen, die sich nachweislich wegen derselben Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung befinden und eines der folgenden Kriterien erfüllen:

1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel des SGB XI vor.
2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Wer gemäß der sogenannten Chroniker-Richtlinie als schwerwiegend chronisch krank gilt, muss nur maximal ein Prozent seines Bruttoeinkommens für Zuzahlungen aufwenden. Die Krankenkasse erstellt für diese Patientinnen und Patienten eine Bescheinigung, wenn bereits während eines Jahres die Belastungsgrenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen erreicht ist, so dass für den Rest des Jahres keine weiteren Zuzahlungen mehr zu leisten sind.

Anrechnungsfähig sind alle Zuzahlungen, die vom Versicherten für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind (z. B. Zuzahlungen für rezeptpflichtige Medikamente, vom Arzt verordnete Krankentransporte, verordnungsfähige Heil- und Hilfsmittel, etc.). Nicht anrechnungsfähig sind Kosten für gesetzlich von der Verordnung grundsätzlich ausgeschlossene Leistungen, die nicht zu Lasten der GKV erbracht werden dürfen (z. B. nicht verschreibungspflichtige Medikamente, i. d. R. Sehhilfen, ausgeschlossene Hilfsmittel, nicht anerkannte Behandlungsmethoden).

#### **Fußzeile**

Stand: 01.04.09