

Belastungsgrenze

Normen

§ 62 SGB V

Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 17.06.2021, in Kraft seit 01.01.2021

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte ("Chroniker-Richtlinie") i.d.F. vom 22.01.2004, zuletzt geändert am 17.11.2017, BAnz AT 05.03.2018 B4, in Kraft getreten am 06.03.2018

Gemeinsames Rundschreiben zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18.06.2019

Kurzinfo

Versicherte haben Zuzahlungen bis zu einer Höhe von 2 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt pro Kalenderjahr zu zahlen. Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt diese Grenze 1 %.

Zur gleitenden Härtefallregelung für Zahnersatz siehe Zahnersatz-Härtefallregelung.

Faktoren zur Beurteilung der **Belastungsgrenze** sind

- die zu berücksichtigenden Angehörigen,
- die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sowie
- die Höhe der im Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen.

Die Erstattung von gesetzlichen Zuzahlungen bzw. die Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr für das restliche Kalenderjahr nach § 62 SGB V erfordern die Festlegung einer Belastungsgrenze für einzelne Versicherte ggf. einschließlich der im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Diese ist den im Laufe eines Kalenderjahres entstandenen und nachgewiesenen gesetzlichen Zuzahlungen gegenüber zu stellen. In Fällen des § 62 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V ist der Familienverbund grundsätzlich als "Bedarfsgemeinschaft" i.S.d. Vorschrift anzusetzen. Sofern durch eine andere Behörde bereits eine "Bedarfsgemeinschaft" festgestellt wurde (insbesondere bei Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII), ist diese als Familienverbund i.S.d. weiteren Erläuterungen zu übernehmen, soweit sie nicht mehr Personen umfasst, als nach den Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 20./21.03.2018 Berücksichtigung finden.

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen haben am 13./14.06.2016 Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gem. § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V (Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V, Stand: 20./21.03.2018) verabschiedet. Dadurch sollen Schwierigkeiten vermieden werden, wenn im Laufe eines Kalenderjahres

- Versicherte bei mehr als einer Krankenkasse versichert oder
- Versicherte einer Familie bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert

waren.

Gleichzeitig sollen Erläuterungen zur Hilfestellung zur Beurteilung der Sachverhalte durch die Krankenkassen gegeben werden. Die Verfahrensgrundsätze sind für die Krankenkassen verbindlich, die gegenüber dem GKV-Spitzenverband ihre Anwendung erklärt haben. Die Erklärung kann auch über den jeweiligen Verband der Krankenkasse auf Bundesebene an den GKV-Spitzenverband abgegeben werden.

Sind Familienangehörige bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, ist der Antrag gemeinsam bei einer Krankenkasse zu stellen. Sind die Voraussetzungen für eine Zuzahlungsbefreiung erfüllt, bestätigt diese Krankenkasse die Zuzahlungsbefreiung zur Weitergabe an die weitere Krankenkasse.

Inhaltsübersicht

1. Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige
2. Belastungsgrenze der Versicherten
3. Belastungsgrenze für chronisch Kranke
 - 3.1 Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft
 - 3.2 Weiterer Nachweis des Vorliegens einer chronischen Erkrankung
4. Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt
5. Zuzahlungen
6. Befreiung im laufenden Kalenderjahr
7. Verfahren bei Vorauszahlungen durch den Versicherten
 - 7.1 Verfahren
 - 7.2 Höhe der von der Krankenkasse einzuziehenden Vorauszahlung
8. Befreiungsausweis
9. Erstattung von Zuzahlungen
 - 9.1 Zuständigkeit
 - 9.2 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres
 - 9.3 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr

1. Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige

Angehörige i.S.d. § 62 SGB V sind der/die im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende/n

- Ehegatte/Lebenspartner,
- sonstigen Angehörigen (nur im Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung),
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, generell (unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht-, freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind) und
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, sofern sie nach § 10 SGB V , § 7 Abs. 1 KVLG 1989 familienversichert sind.

Lebenspartner i.S.d. SGB V sind eingetragene Lebenspartner nach dem "Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften" vom 16.02.2001.

Ausschließlich im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sind auch die sonstigen Angehörigen, die nach § 7 Abs. 2 KVLG 1989 familienversichert sind und die mitarbeitenden Familienangehörigen (ohne Arbeitsvertrag), die nicht rentenversicherungspflichtig sind, als Angehörige i.S.d. § 62 SGB V zu berücksichtigen.

Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen sowie der Versicherte bilden den Familienverbund im Sinne dieser Verfahrensgrundsätze.

Gemeinsamer Haushalt

Ein gemeinsamer Haushalt setzt voraus, dass mehrere Familienangehörige i.S.d. § 62 SGB V ihren Wohnsitz zusammen an der gleichen Stelle (Haus, Wohnung) begründet haben und in Wirtschaftsgemeinschaft leben. Einen Wohnsitz hat jemand dort, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, dass er die Wohnung beibehalten und benutzen wird (§ 30 Abs. 3 Satz 1 SGB I). Dies bedeutet, dass ein vorübergehendes Wohnen außerhalb des gemeinsamen Haushalts nicht zu dessen endgültiger Auflösung führt. Ein gemeinsamer Haushalt kann grundsätzlich immer dann unterstellt werden, wenn sich Ehegatten/

Lebenspartner, sonstige Angehörige oder Kinder zwar vorübergehend nicht in dem gemeinsamen Haushalt aufhalten, dort jedoch noch einen Erst- oder Zweitwohnsitz haben.

Ein gemeinsamer Haushalt liegt nicht vor, wenn sich für den Ehegatten/Lebenspartner, sonstige Angehörige oder die Kinder - für einen nicht absehbaren Zeitraum - ein anderer Lebensmittelpunkt als der des Haushalts des Versicherten ergibt. Das gilt insbesondere bei Personen, deren dauernder und eigenständiger Wohnsitz im In- oder Ausland liegt.

Gemeinsamer Haushalt bei Ehegatten oder Lebenspartner in einer vollstationären Einrichtung

Ehegatten/Lebenspartner des Versicherten sind immer zu berücksichtigen, wenn sie im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten leben, unabhängig davon, ob sie selbst versichert, familienversichert oder nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen, die außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung anfallen, bleiben jedoch bei der Höhe der insgesamt geleisteten Zuzahlungen unberücksichtigt.

Bei Ehegatten und Lebenspartnern besteht die Besonderheit, dass ein gemeinsamer Haushalt auch dann anzunehmen ist, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung der Pflege, in der Leistungen nach § 43 SGB XI erbracht werden, oder in eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der Leistungen nach dem § 43a SGB XI erbracht werden, aufgenommen wird (§ 62 Abs. 2 Satz 7 SGB V). Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der vorgenannten Einrichtungen aufgenommen werden.

Beispiel:

Sachverhalt:

Ehemann bis 30.06. Krankenkasse A (monatlich 1.500,00 EUR, Zuzahlungen 100,00 EUR), ab 01.07. privat versichert (monatlich 1.800,00 EUR, Selbstbehalt 120,00 EUR), Ehefrau Krankenkasse A (monatlich 2.200,00 EUR, Zuzahlungen 150,00 EUR), am 01.05. geborenes Kind Krankenkasse A (Zuzahlungen 30,00 EUR).

Beurteilung:

Die Familie ist gemeinsam zu beurteilen (Bruttoeinnahmen 19.800,00 EUR + 26.400,00 EUR = 46.200,00 EUR); Minderung der Bruttoeinnahmen um 15 % der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (Angehörigenfreibetrag für den ersten Angehörigen) und den Betrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG (Kinderfreibetrag) für ein Kind. Zuzahlungen i.H.v. 280,00 EUR sind zu berücksichtigen (Ehemann 100,00 EUR + Ehefrau 150,00 EUR + Kind 30,00 EUR).

Zu berücksichtigende Kinder

Kinder sind stets bis zu dem Kalenderjahr zu berücksichtigen, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Ab den folgenden Kalenderjahren muss bei einer Antragstellung im laufenden Kalenderjahr zum Zeitpunkt der Ermittlung der Belastungsgrenze bzw. bei einer Beantragung für vergangene Kalenderjahre zum jeweiligen Ende des Kalenderjahres eine Familienversicherung nach § 10 SGB V (im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 7 KVLG 1989) bestehen.

Familienversicherte Studenten sind damit ebenfalls zu berücksichtigen. Dies gilt auch dann, wenn sie zwar am Studienort wohnen aber ihren Erst- oder Zweitwohnsitz noch bei den Eltern haben. Hat ein familienversicherter Student hingegen am Studienort seinen alleinigen Wohnsitz, scheidet er bei der Beurteilung der Befreiung für die übrigen Angehörigen aus.

Kinder von nicht miteinander verheirateten Eltern

Für Kinder von nicht miteinander verheirateten Eltern, die in einem gemeinsamen Haushalt leben, besteht ein Wahlrecht, mit welchem Elternteil das Kind gemeinsam bei der Ermittlung der Belastungsgrenze beurteilt werden soll. Liegt der Krankenkasse hierüber keine Information vor, ist das Kind mit dem Elternteil gemeinsam zu beurteilen, bei dem die Familienversicherung nach § 10 SGB V , § 7 KVLG 1989 durchgeführt

wird. Sofern das Kind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und eine eigene Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet und demzufolge nicht mehr familienversichert ist, wird das Kind mit dem Elternteil gemeinsam beurteilt, in dessen Krankenkasse es versichert ist. Sollte eine solche Zuordnung des Kindes nicht möglich sein, weil beide Elternteile der gleichen Krankenkasse angehören, das Kind bei einer anderen als der von den Eltern gewählten Krankenkasse versichert oder nicht gesetzlich versichert ist, erfolgt die Zuordnung der Kinder zur gemeinsamen Beurteilung mit einem Elternteil nach dem Willen der Beteiligten (Ausübung des Wahlrechts). Hierzu hat die Krankenkasse die beteiligten Personen über die entsprechenden Möglichkeiten aufzuklären, zu beraten bzw. ihnen Auskunft zu erteilen (§§ 13 , 14 und 15 SGB I).

Beispiel 1:

Sachverhalt:

In einem gemeinsamen Haushalt leben: Unverheiratetes Paar, gemeinsames Kind (18. Lebensjahr noch nicht vollendet und keine eigene Mitgliedschaft), Mutter und Kind: Krankenkasse A, Vater: Krankenkasse: B.

Beurteilung:

Die nicht miteinander verheirateten Eltern sind getrennt zu beurteilen. Es besteht ein Wahlrecht, mit welchem Elternteil das Kind gemeinsam bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V beurteilt werden soll. Der Krankenkasse liegt hierüber keine Information vor, daher ist das Kind gemeinsam mit der Mutter zu beurteilen, da bei ihr die Familienversicherung durchgeführt wird.

Beispiel 2:

Sachverhalt:

In einem gemeinsamen Haushalt leben: Unverheiratetes Paar, gemeinsames Kind (18. Lebensjahr noch nicht vollendet, eigene Mitgliedschaft in Krankenkasse A), Mutter und Vater: Krankenkasse: B. Nach dem Willen der Beteiligten soll das Kind mit der Mutter gemeinsam beurteilt werden.

Beurteilung:

Die nicht miteinander verheirateten Eltern sind getrennt zu beurteilen. Es besteht ein Wahlrecht, mit welchem Elternteil das Kind gemeinsam bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V beurteilt werden soll. Durch die Ausübung des Wahlrechts werden Mutter und Kind gemeinsam beurteilt.

Kinder i.S.d. Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V sind auch die im Haushalt des Versicherten lebenden Stief-, Enkel- und Pflegekinder. Diese Kinder sind für die Ermittlung der Belastungsgrenze und der Zuzahlungshöhe bei der Familie zu berücksichtigen, mit der sie im gemeinsamen Haushalt leben. Eine Familienversicherung kann sich auch aus der Versicherung eines anderen - nicht im gemeinsamen Haushalt lebenden - Angehörigen des Kindes ableiten.

Beispiel 3:

Sachverhalt:

In einem gemeinsamen Haushalt leben: Stiefvater Krankenkasse A, Mutter Krankenkasse B, und das über den leiblichen Vater familienversicherte Kind (19 Jahre) aus erster Ehe der Mutter (Krankenkasse C).

Beurteilung:

Die Familie ist gemeinsam zu beurteilen.

Hinzutritt eines Angehörigen im Laufe eines Antragsjahres

Tritt im Laufe des Antragsjahres ein Ehegatte/Lebenspartner, sonstiger Angehöriger oder ein Kind z.B. durch Begründung einer Familienversicherung oder Einzug in den gemeinsamen Haushalt in den Familienverbund ein, sind die Belastungsgrenze sowie ggf. die Erstattung von Zuzahlungen unter Berücksichtigung der Bruttoeinnahmen und der Zuzahlungen aus dem gesamten Kalenderjahr zu ermitteln.

Ausscheiden eines Angehörigen im Laufe eines Antragsjahres

Scheidet im Laufe eines Kalenderjahres ein Kind, das das 19. Lebensjahr bereits vollendet hat oder in diesem Kalenderjahr vollenden wird, aus der Familienversicherung aus, wird das Kind bei der Ermittlung der Belastungsgrenze und der Zuzahlungen des verbleibenden Familienverbundes nicht berücksichtigt. Begründet das Kind eine eigene Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist die Belastungsgrenze sowie ggf. die Erstattung von Zuzahlungen für das Kind unter Berücksichtigung seiner Bruttoeinnahmen und der Zuzahlungen aus dem gesamten Kalenderjahr zu ermitteln.

Begründet der Familienverbund im Antragsjahr erstmalig eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. durch Zuzug in den Geltungsbereich des SGB V) oder beendet der Familienverbund diese Mitgliedschaft im Antragsjahr (z.B. durch Wechsel zu einer privaten Krankenversicherung), so sind die Belastungsgrenze sowie ggf. die Erstattung von Zuzahlungen unter Berücksichtigung der Bruttoeinnahmen aus dem gesamten Kalenderjahr zu ermitteln. Es können jedoch nur die im System der gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten Zuzahlungen berücksichtigt werden.

Beispiel:

Sachverhalt:

Zuzug des Familienverbundes (Ehepaar und 1 Kind, 6 Jahre alt) aus dem Ausland am 01.07. (mtl. 500,00 EUR Einnahmen bis 30.06., ab 01.07. 1.500,00 EUR mtl., Zuzahlungen ab 01.07. 100,00 EUR), Antrag am 02.01. des Folgejahres.

Beurteilung:

Die Familie ist gemeinsam zu beurteilen (Bruttoeinnahmen 12.000,00 EUR); Minderung der Bruttoeinnahmen um Freibetrag für 1. Angehörigen (15%) und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG . Zuzahlungen i.H.v. 100,00 EUR sind zu berücksichtigen.

Tod eines Angehörigen des Familienverbundes

Stirbt ein Mitglied des Familienverbundes im laufenden Kalenderjahr, so ist diese Person gleichwohl bei der Ermittlung der Belastungsgrenze zu berücksichtigen.

Verstirbt ein Mitglied des Familienverbundes nach einer Befreiung im Laufe des Kalenderjahres, kann auf Antrag der Hinterbliebenen berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen eine Neufeststellung und ggf. Erstattung erfolgen.

Verstirbt ein allein zu berücksichtigender Versicherter nach einer Befreiung im Laufe des Kalenderjahres, kann auf Antrag eines Erben auf Grundlage der BGB-Regelungen zum Erbrecht eine Neufeststellung der Belastungsgrenze und ggf. Erstattung erfolgen.

Ein Anspruch auf Erstattung zu viel geleisteter Zuzahlungen auf Basis der BGB-Regelungen zum Erbrecht besteht auch dann, wenn der Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen nicht zu Lebzeiten des Versicherten gestellt wurde.

Bedarfsgemeinschaften i.S.d. SGB II bzw. SGB XII

In Fällen des § 62 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V ist der Familienverbund grundsätzlich als "Bedarfsgemeinschaft" i.S.d. Vorschrift anzusetzen. Sofern durch eine andere Behörde bereits eine "Bedarfsgemeinschaft" festgestellt wurde (insbesondere bei Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII), ist diese als Familienverbund zu übernehmen, soweit sie nicht mehr Personen umfasst, als nach den Verfahrensgrundsätzen zu § 62 SGB V vom 13./14.06.2016 Berücksichtigung finden.

Letzteres gilt nicht, sofern die "Bedarfsgemeinschaft" nur deswegen mehr Personen umfasst, weil im gemeinsamen Haushalt ein Kind lebt, welches

- das 19. Lebensjahr (in dem Kalenderjahr) vollendet hat,

- Arbeitslosengeld II bezieht und
- aufgrund der ab dem 01.01.2016 einheitlich für alle Arbeitslosengeld II-Bezieher geltenden Versicherungspflicht in der Krankenversicherung (nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) nicht mehr familienversichert ist und nur deswegen nicht mehr dem Familienverbund zuzurechnen wäre.

Kinder, die die vorgenannten Voraussetzungen erfüllen, sind daher weiterhin ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, als Angehörige i.S.d. Vorschrift anzurechnen. Der Familienverbund ist jedoch längstens bis zu dem Kalenderjahr anzusetzen, solange das Kind mit seinen im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern eine Bedarfsgemeinschaft nach § 7 Abs. 3 SGB II bildet. Eine Bedarfsgemeinschaft i.d.S. besteht, solange das Kind das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies entspricht der Altersgrenze nach § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V .

Beispiel 1:

Sachverhalt:

Versicherter lebt in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit seiner Freundin und ihren Kindern (5 und 7 Jahre alt) aus erster Ehe zusammen. Sie beziehen als "Bedarfsgemeinschaft" (Bescheid des Sozialamtes) Hilfe zum Lebensunterhalt.

Beurteilung:

Für den Versicherten einerseits sowie andererseits die Freundin und ihre Kinder sind getrennte Belastungsgrenzen jeweils nach dem Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme festzusetzen. Der Versicherte und seine Freundin (mit Kindern) bilden zwar eine "Bedarfsgemeinschaft", jedoch sind Freundin und Kinder keine berücksichtigungsfähigen Angehörigen des Versicherten i.S.d. SGB V.

Beispiel 2:

Sachverhalt:

Ein Ehepaar lebt gemeinsam mit seinem nicht familienversicherten Kind (20 Jahre alt) in einem Haushalt. Die Eltern und das Kind beziehen als "Bedarfsgemeinschaft" (Bescheid der Agentur für Arbeit) Arbeitslosengeld II.

Beurteilung:

Für die Eltern ist gemeinsam mit ihrem Kind als Belastungsgrenze der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme festzusetzen, da das Kind das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und daher mit den Eltern eine "Bedarfsgemeinschaft" im Sinne des SGB II bildet. Bei der Berechnung der Belastungsgrenze ist kein Freibetrag für das Kind anzusetzen.

Umfasst der Familienverbund über die bereits durch eine andere Behörde festgestellte "Bedarfsgemeinschaft" für Grundsicherungsleistungen (ggf. bestehend aus nur einer Person) hinaus weitere Personen, ist für die von dieser "Bedarfsgemeinschaft" nicht erfassten Personen separat eine Belastungsgrenze zu ermitteln. Abweichend hiervon von ist den bisherigen Ausführungen keine separate Belastungsgrenze zu ermitteln.

Beispiel 3:

Sachverhalt:

Ein Ehepaar lebt gemeinsam mit dem familienversicherten, behinderten Kind (20 Jahre alt) in einem Haushalt. Das Kind bezieht Hilfe zur Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach § 41 Abs. 3 SGB XII . Die Unterhaltsansprüche des Kindes gegenüber den Eltern bleiben laut Bescheid des Sozialamtes unberücksichtigt (§ 43 Abs. 5 SGB XII), sodass das Kind und die Eltern insoweit keine Bedarfsgemeinschaft bilden.

Beurteilung:

Das Kind einerseits und die Eltern andererseits werden unabhängig voneinander mit den jeweiligen Einnahmen und Zuzahlungen des gesamten Kalenderjahres betrachtet, da zwar die Eltern und das Kind einen Familienverbund i.S.d. SGB V darstellen, jedoch die Eltern nicht von der vom Sozialamt festgestellten Bedarfsgemeinschaft erfasst werden. Zudem könnte eine gemeinsame Betrachtung der

Eltern und des Kindes ggf. dazu führen, dass der Anspruch des Kindes auf Grundsicherung infolge einer i.d.R. höheren Belastungsgrenze als nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V, geschmälert würde. Dies ist erkennbar nicht Zielsetzung des Gesetzgebers. Für das Kind ist der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme anzusetzen. Bei der Berechnung der Belastungsgrenze für die Eltern ist kein Freibetrag für das Kind anzusetzen.

Beispiel 4:

Sachverhalt:

Eine Ehefrau lebt in einer vollstationären Einrichtung der Pflege, in der Leistungen nach § 43 SGB XI erbracht werden. Der Ehemann bezieht Rente und lebt weiterhin zu Hause. Das Ehepaar wird laut Bescheid des Sozialamtes nicht in einer "Bedarfsgemeinschaft" i.S.d. SGB XII erfasst.

Beurteilung:

Es liegt weiterhin ein gemeinsamer Haushalt vor (vgl. § 62 Abs. 2 Satz 7 SGB V). Wenn die Ehefrau aufgrund der Heimunterbringung Leistungen nach dem SGB XII erhält, ist bei der Berechnung für das Ehepaar der Wert der Regelbedarfsstufe 1 maßgebend.

2. Belastungsgrenze der Versicherten

Dem Grunde nach haben alle Versicherten bis zu ihrer individuellen Belastungsgrenze Zuzahlungen zu leisten. Diese beträgt für Versicherte und ihre im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Vor der Ermittlung der Belastungsgrenze ist von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag i.H.v. 5.922,00 EUR im Kalenderjahr 2022 - 15 % der jährlichen Bezugsgröße - abzuziehen. Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen wird ein Betrag i.H.v. 3.948,00 EUR im Kalenderjahr 2022 - 10 % der jährlichen Bezugsgröße - abgezogen. Die 10 %-Regelung ist jedoch nur für die landwirtschaftliche Krankenversicherung von Bedeutung, da nur dort sonstige Angehörige familienversichert werden können. Für jedes familienversicherte Kind sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt um den doppelten Kinderfreibetrag von 8.388,00 EUR zu mindern. Für weitere Kinder ist der in § 62 Abs. 2 SGB V festgesetzte Kinderfreibetrag in Abzug zu bringen. Sind berücksichtigungsfähige Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt - ggf. nach Abzug der Familienabschläge nach § 62 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V - nicht vorhanden, beträgt die Belastungsgrenze 0,00 EUR.

3. Belastungsgrenze für chronisch Kranke

Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze nur 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Belastungsgrenze von 1 % gilt in diesen Fällen nicht nur für den chronisch Kranken, sondern für alle Familienmitglieder im gleichen Haushalt. Die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 % ist ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem die Behandlung der chronischen Erkrankung ein Jahr andauert, vorzunehmen.

Verstirbt der "chronisch Kranke", gilt für die übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen in diesem Kalenderjahr unabhängig von der Erfüllung der "Chroniker-Voraussetzungen" im Todesjahr noch die Belastungsgrenze von 1 %.

Beispiel:

Sachverhalt:

Versicherter Krankenkasse A verstirbt am 01.02. des Jahres, für das laufende Kalenderjahr galt eine Belastungsgrenze von 1 %. Der hinterbliebene Ehegatte und 1 Kind (16 Jahre alt) beziehen Witwen- bzw. Waisenrente. Antragsstellung am 15.01. des Folgejahres.

Beurteilung:

Das Ehepaar ist gemeinsam mit seinen Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen dieses Kalenderjahres zu beurteilen (Freibetrag für 1. Angehörigen [15 %] und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG). Die Belastungsgrenze beträgt in diesem Kalenderjahr 1 %.

Bei wechselnden Krankheitsbildern ohne eine Dauerbehandlung wegen derselben Krankheit kommt ein Wegfall der Zuzahlungspflicht nicht in Betracht.

Das Vorliegen einer Dauerbehandlung ist durch einen entsprechenden Nachweis des behandelnden Arztes unter Angabe ihres Beginns und der "Grunderkrankung" auf einem bundeseinheitlichen Formular (Muster 55) darzulegen. Der Vordruck wird von den Krankenkassen vorgehalten und auf Anfrage an den Versicherten/den Arzt ausgegeben.

Der Fortbestand der Dauerbehandlung ist vom Versicherten spätestens vor Ablauf jedes Kalenderjahres nach Wegfall der Zuzahlungspflicht der Krankenkasse neu nachzuweisen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 22.01.2004 in Richtlinien (Chroniker-Richtlinie i.d.F.v. 22.01.2004, zuletzt geändert am 17.11.2017, BAnz AT 05.03.2018 B4, in Kraft getreten am 06.03.2018) beschlossen, dass als **schwer chronisch krank** nur gilt, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit) und außerdem eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten und mindestens einmal pro Quartal auf ärztliche Behandlung angewiesen ist.

Die ehemaligen Krankenkassen-Spitzenverbände haben am 05./06.02.2004 beschlossen, dass die Verringerung auf die einprozentige Belastungsgrenze mit Beginn des Kalenderjahres wirksam wird, in dem der Versicherte die einjährige Dauerbehandlung erreicht.

3.1 Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft

Für Versicherte, die gemäß der Richtlinie nach § 92 SGB V wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind (chronisch Kranke), gilt eine Belastungsgrenze von 1 %. Die Entscheidung zum Vorliegen einer chronischen Erkrankung wird auf Basis der ärztlichen Bescheinigung (Muster 55) getroffen. Als chronisch krank gelten auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 nach dem 2. Kapitel des SGB XI nach Ablauf eines Jahres seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit nach einer dieser Pflegegrade.

Chronisch kranke Versicherte haben darüber hinaus grundsätzlich die regelmäßige Inanspruchnahme der in § 25 Abs. 1 SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen vor ihrer Erkrankung nachzuweisen. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19.07.2007 zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie) in der Fassung vom 20.08.2008 (zuletzt geändert am 17.11.2017, BAnz AT 05.03.2018 B4, in Kraft getreten am 06.03.2018) sieht zu den in § 25 Abs. 1 SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen keine zwingende Inanspruchnahme vor. Darüber hinaus ist der Gemeinsame Bundesausschuss auf Basis der Neuregelung des § 62 Abs. 1 Satz 5 SGB V derzeit dabei Kriterien festzulegen. Aus diesen Gründen entfaltet diese Regelung zurzeit in der Praxis immer noch keine Relevanz.

3.2 Weiterer Nachweis des Vorliegens einer chronischen Erkrankung

Ein erneuter Nachweis über die weitere Dauer dieser Behandlung ist spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres, somit alle zwei Jahre zu erbringen. Die Krankenkasse kann auf den Nachweis zur Fortdauer der Behandlung verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen.

Sofern ein geforderter Nachweis des Fortbestehens der Chronikereigenschaft nicht erbracht wird, gilt eine Belastungsgrenze von 2 % bis der Nachweis nachgeholt wird.

Beispiel:

Sachverhalt:

Anerkennung der abgesenkten Belastungsgrenze ab dem Jahr 2018. Bei Antragsstellung für das Jahr 2021 wird der geforderte erneute Nachweis nach Muster 55 nicht erbracht. Der Nachweis wird im Jahr 2022 rückwirkend für das Jahr 2021 ausgestellt und eingereicht.

Beurteilung:

Bei Bearbeitung des Antrages für das Jahr 2021 gilt zunächst eine Belastungsgrenze von 2 %. Mit dem Nachreichen des Nachweises im Jahr 2022 kann rückwirkend eine Belastungsgrenze von 1 % für das Jahr 2021 anerkannt werden.

4. Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 04.12.2013 zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt wurde in der Fassung vom 18.06.2019 überarbeitet. Dieses Rundschreiben enthält in der Anlage 1 eine tabellarische Übersicht der Einkommensarten in alphabetischer Reihenfolge.

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind, und zwar grundsätzlich ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung, soweit sie gegenwärtig zur Verfügung stehen.

Hierzu zählen grundsätzlich alle einmaligen oder wiederkehrenden Bezüge sowie geldwerte Zuwendungen, wie z.B. Abfindungen, Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen sowie Einkünfte, die ein Unternehmer aus seinem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebensunterhalts für sich und seine Familie erzielt oder entnimmt, Einnahmen aus Kapitalvermögen, der Bruttobetrag der Renten und Versorgungsbezüge sowie Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt zählen auch die Leistungen der Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt bleiben die durch Gesetz, Rechtsprechung oder entsprechende Rechtsauslegung benannten zweckgebundenen Zuwendungen, z.B. zur Abdeckung eines Mehrbedarfs wie Pflegegeld, Blindenzulage oder Kindergeld unberücksichtigt.

Berechnung der Belastungsgrenze

Für die Berechnung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V ist auf die tatsächlichen berücksichtigungsfähigen jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abzustellen. Welche Einnahmen der Versicherten zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt i.S.d. § 62 SGB V gehören, ergibt sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt in der jeweils gültigen Fassung.

Nach § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V werden die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nur der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners zusammengerechnet.

Beispiel 1:

Sachverhalt:

Die Ehefrau lebt in einem Altenheim, in dem keine Leistungen nach § 43 bzw. § 43a SGB XI erbracht werden und erhält 1.500,00 EUR Unterhalt von ihrem Ehemann als Zuschuss zu den Heimkosten und 150,00 EUR eigene Rente. Der Ehemann bezieht eine Bruttorente von 2.400,00 EUR.

- a. Die Kosten der Unterbringung im Heim werden anteilig vom Träger der Sozialhilfe getragen.
- b. Die Kosten der Unterbringung im Heim werden nicht vom Träger der Sozialhilfe getragen.

Beurteilung:

Zu a:

Das Ehepaar ist getrennt zu beurteilen, für die Ehefrau ist der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als monatliche Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt anzusetzen. Beim Ehemann sind 1.500,00 EUR Unterhalt von den zu berücksichtigenden Einnahmen abzusetzen. Seine jährliche Belastungsgrenze errechnet sich daher aus monatlich 900,00 EUR (2.400,00 EUR - 1.500,00 EUR).

Zu b:

Das Ehepaar ist getrennt zu beurteilen, für die Ehefrau sind bei der Bemessung der jährlichen Belastungsgrenze 1.650,00 EUR als monatliche Einnahme anzusetzen. Beim Ehemann sind 1.500,00 EUR Unterhalt von den zu berücksichtigenden Einnahmen abzusetzen. Seine jährliche Belastungsgrenze errechnet sich daher aus monatlich 900,00 EUR (2.400,00 EUR - 1.500,00 EUR).

Beispiel 2:

Sachverhalt:

Ein in einem gemeinsamen Haushalt lebendes Ehepaar bezieht Hilfe zum Lebensunterhalt (Ehemann) und zusätzlich Leistungen der Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Ehefrau).

Beurteilung:

Für das Ehepaar ist einmalig der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als monatliche Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt anzusetzen, keine Freibeträge.

Besonderheiten bei der Berechnung der Belastungsgrenze

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) wird für die gesamte Bedarfsgemeinschaft i.S.d. SGB II als Einnahme zum Lebensunterhalt i.S.d. § 62 SGB V der Regelsatz nach § 20 Abs. 2 SGB II angesetzt. Dieser Regelsatz beträgt für die Zeit seit dem 01.01.2022 449,00 EUR.

Bei Beziehern von Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) wird - wie auch bei den Beziehern von Arbeitslosengeld II - der Regelsatz (Regelleistung) angesetzt

Der monatliche Regelsatz bei Beziehern von Arbeitslosengeld II und bei Beziehern von Sozialhilfe ist identisch. Dieser Regelsatz gilt dann für das Mitglied und die berücksichtigungsfähigen Ehegatten/Lebenspartner und Kinder, also für den gesamten Familienverbund, wenn mindestens eine Person

- Arbeitslosengeld II nach dem SGB II,
- laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
- Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII oder
- Pflegegeld nach einem Landesgesetz

erhält.

In diesen Fällen bleiben andere evtl. vorhandene Einnahmen unberücksichtigt. Dies gilt auch für evtl. Einnahmen der berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen, wenn diese bei der Berechnung als "Bedarfsgemeinschaft" (dies ist dem Bescheid der Arbeitsagentur bzw. des Sozialamtes zu entnehmen) mit berücksichtigt wurden.

Sollten Kinder, die im Rahmen der Familienversicherung mitversichert sind, nicht bei der Bedarfsgemeinschaft berücksichtigt werden, werden diese unabhängig vom Rest des Familienverbundes für sich alleine betrachtet.

Bei chronischer Krankheit beträgt die Belastungsgrenze höchstens 1 % des "jährlichen" Regelbedarfs (vgl. auch § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V). Das sind 2022 449,00 EUR × 12 = 5.388,00 EUR, 1 % = 53,88 EUR, die zuzuzahlen sind. Dies ergibt einen monatlichen Betrag von 4,49 EUR. Nicht chronisch Kranke zahlen 2 % des jährlichen Eckregelsatzes von 5.388,00 EUR, also 107,76 EUR jährlich bzw. 8,98 EUR im Monat.

5. Zuzahlungen

Um von Zuzahlungen befreit zu werden, müssen die Versicherten den Krankenkassen nachweisen, welche Zuzahlungen sie tatsächlich geleistet haben. Es können solche Zuzahlungsbelege akzeptiert werden, aus denen

- der Vor- und Zuname des Versicherten,
- die Art der Leistung (z.B. Arzneimittel/Heilmittel),
- der Zuzahlungsbetrag,
- das Datum der Abgabe und
- die abgebende Stelle (z.B. durch Stempel)

ersichtlich sind. Im Rahmen der Befreiung nach Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V werden alle im System der gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten gesetzlichen Zuzahlungen wie z.B. zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln oder Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung etc. berücksichtigt. Dies gilt auch für Zuzahlungen,

- die bei Inanspruchnahme von Sachleistungen im Ausland auf Grundlage der Verordnung (EG) 883/04 entrichtet wurden,
- die i.R.d. Kostenerstattung bei selbst beschafften Sachleistungen nach der Verordnung (EG) 987/09 vom Träger des Aufenthaltsortes bzw. von der deutschen Krankenkasse angerechnet wurden und dem Versicherten somit verblieben sind,

sofern und soweit diese auch bei Inanspruchnahme der Leistung in Deutschland auf die Belastungsgrenze angerechnet würden. Darüber hinaus sind auch i.R.d. Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V bzw. i.R.d. Kostenübernahme nach § 18 SGB V angerechnete Zuzahlungen berücksichtigungsfähig.

Soweit Leistungserbringer dem Versicherten Rabatte oder Boni auf Leistungen gewähren und lediglich mit der Zuzahlung verrechnen, ist dennoch der volle Zuzahlungsbetrag anzuerkennen.

Die sich aus Satzungsregelungen nach § 53 Abs. 3 SGB V oder § 65 a Abs. 1 SGB V ergebenden Auswirkungen sind - ggf. im Anschluss an die Durchführung der Erstattung nach diesen Verfahrensgrundsätzen - allein von der Krankenkasse zu berücksichtigen, bei der der Versicherte, für den derartige Zuzahlungsermäßigungen in Betracht kommen, versichert ist.

Zuzahlungen sind jeweils dem Jahr zuzuordnen, in dem die Leistung in Anspruch genommen wurde (Abgabedatum). Der Zeitpunkt der Aufforderung zur Entrichtung der Zuzahlung oder der Zeitpunkt der Entrichtung der Zuzahlung spielen hingegen keine Rolle.

Nicht berücksichtigt werden insbesondere Kosten, die dadurch entstehen, dass

- Arzneimittel/Hilfsmittel abgegeben werden, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen,
- aufwändigere Leistungen als eigentlich notwendig in Anspruch genommen werden,
- Aufwendungen für Mittel entstehen, deren Verordnung zulasten der Krankenversicherung ausgeschlossen ist (z.B. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung i.S.d. § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V),
- Eigenanteile für Hilfsmittel, die auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens beinhalten (z.B. orthopädische Schuhe), erhoben werden,
- Leistungen ohne ärztliche Verordnung bezogen werden,
- Abschläge i.R.d. Kostenerstattung etwa für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen werden,
- Versicherte Zahlungen für im Ausland in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben, die nach den ausländischen Rechtsvorschriften keine Zuzahlungen sind, z.B. Zahlungen oberhalb von Festbeträgen oder für Wahlleistungen,
- Versicherte Zuzahlungen für im Ausland i.R.v. bilateralen Sozialversicherungsabkommen - also außerhalb der Verordnung (EG) 883/04 - in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben; dies gilt auch bei Kostenerstattungen aufgrund in diesen Staaten selbst beschaffter Sachleistungen,

die aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung nach deutschen Sätzen unter Abzug von Zuzahlungen erfolgen,

- Versicherte Zuzahlungen für im Ausland i.R.d. Verordnung (EWG) 1408/71 in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben,
- Zuzahlungen/Eigenanteile zu Leistungen außerhalb des SGB V zu leisten sind (z.B. bei stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung, bei Hilfsmitteln aus der Pflegeversicherung, im Rahmen beihilferechtlicher Regelungen).

Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Eigenanteile zu Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

Soweit Leistungserbringer (z.B. Internetapotheken) dem Versicherten Rabatte oder Boni auf Leistungen gewähren und diese lediglich mit der Zuzahlung verrechnen, ist dennoch der volle Zuzahlungsbetrag anzuerkennen.

Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Eigenanteile zu Zahnersatz und bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung können anders als bisher nicht mehr auf die Belastungsgrenze angerechnet werden. Eine Berücksichtigung ist auch hier nur für den gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungsbetrag möglich.

Die berechnende Krankenkasse hat auch die Zuzahlungen zu berücksichtigen, die während der Versicherung bei anderen gesetzlichen Krankenkassen entstanden sind.

6. Befreiung im laufenden Kalenderjahr

Bei Überschreitung der Belastungsgrenze im Laufe eines Kalenderjahres befreit die Krankenkasse den Versicherten für den Rest des Jahres von Zuzahlungen. Im Einzelfall kann die Krankenkasse auch von Beginn des Jahres an eine Befreiung aussprechen, wenn die Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze im Voraus entrichtet werden. Dies wird i.d.R. in den Fällen erfolgen, in denen innerhalb kurzer Zeiträume die Belastungsgrenze erreicht würde.

7. Verfahren bei Vorauszahlungen durch den Versicherten

7.1 Verfahren

Versicherte können nach den Verfahrensgrundsätzen zu § 62 SGB V (Stand: 13./14.06.2016) durch eine Vorauszahlung für das verbleibende Kalenderjahr von der Zuzahlung befreit werden. Dabei ermittelt die zuerst angegangene Krankenkasse zugleich mit Wirkung für die anderen beteiligten Krankenkassen die individuelle Belastungsgrenze. Mit der Überweisung der Vorauszahlung an die Krankenkasse stellt diese ihrem Versicherten einen Befreiungsausweis aus. Zusätzlich informiert die Krankenkasse ihren Versicherten mit der Ausstellung des Befreiungsausweises über die Möglichkeit, dass die bei den anderen Krankenkassen versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen ebenfalls für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreit werden können.

Bei den Zuzahlungserstattungen werden die von den anderen Krankenkassen zu erstattenden Teilbeträge dem Versicherten mit einem abgestimmten Mustervordruck in entsprechender Anzahl mitgeteilt. Bei den Vorauszahlungen wurde in den Verfahrensgrundsätzen hingegen keine Absprache getroffen, wie und welche Informationen der anderen Krankenkasse zu übermitteln sind. Die Verfahrensgrundsätze regeln lediglich, dass die (zuständige) Krankenkasse ihren Versicherten mit der Ausstellung des Befreiungsausweises zusätzlich über die Möglichkeit informiert, dass die bei den anderen Krankenkassen versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen ebenfalls für den Rest des Kalenderjahres befreit werden können.

Am 23./24.02.2005 haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen mit einem Besprechungsergebnis dafür ausgesprochen, dass bei Befreiungen aufgrund einer Vorauszahlung die Information an den Versicherten auch Angaben zu den Personalien (Name, Vorname, Geburtsdatum) der bei der Ermittlung der Belastungsgrenze berücksichtigten Haushaltsangehörigen enthalten soll. Zudem soll vermerkt werden, ob die 1- oder 2%ige Belastungsgrenze zum Tragen kommt.

7.2 Höhe der von der Krankenkasse einzuziehenden Vorauszahlung

Die vom Versicherten zuerst angegangene Krankenkasse hat bei der Ermittlung der zwischen bereits geleisteten Zuzahlungen und Belastungsgrenze des gesamten Familienverbundes liegenden Differenz - welche insoweit die noch zu leistende Vorauszahlung darstellt - nicht nur die bereits geleisteten Zuzahlungen des bei ihr Versicherten, sondern auch die von den übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bei der(n) anderen Krankenkasse(n) versichert sind, bereits geleisteten Zuzahlungen miteinzubeziehen. Dies bedeutet konkret, dass die Krankenkasse nur die Differenz zwischen Belastungsgrenze und bereits entrichteten Zuzahlungen als Vorauszahlung einziehen kann (vgl. hierzu Besprechungsergebnis der ehemaligen Krankenkassen-Spitzenverbände vom 23./24.02.2005).

8. Befreiungsausweis

Zur Dokumentation der Befreiung wird ein Ausweis ausgegeben, der mindestens folgende Bestandteile enthält:

- Name der ausstellenden Krankenkasse,
- Vorname, Name des Versicherten,
- Geburtsdatum und/oder KV-Nummer,
- Datum der Ausstellung und
- Gültigkeitsdauer.

9. Erstattung von Zuzahlungen

Sind im Laufe eines Kalenderjahres

- einzelne Versicherte bei mehr als einer Krankenkasse versichert oder
- Versicherte eines Familienverbundes bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert,

werden die Erstattung des von den Krankenkassen insgesamt zu übernehmenden Anteils an Zuzahlungen sowie die Befreiung von den Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr für das restliche Kalenderjahr nach den folgenden Regelungen durchgeführt.

9.1 Zuständigkeit

Für die Ermittlung der Belastungsgrenze bzw. die Erstattung der über die Belastungsgrenze hinausgehenden Zuzahlungen sind die Krankenkassen zuständig, bei denen die Versicherten des Familienverbundes zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der zuerst angegangenen Krankenkasse jeweils versichert sind. Dies gilt sowohl für den Fall eines Krankenkassenwechsels im laufenden Kalenderjahr als auch bei unterschiedlicher Krankenkassenzuständigkeit in einer Familie.

Wird der Antrag erst nach Ablauf des zu beurteilenden Kalenderjahres gestellt, sind die Krankenkassen zuständig, bei denen die Versicherten am Ende des zu beurteilenden Kalenderjahres versichert waren.

Besteht zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. bei nachträglicher Antragstellung am Ende des Jahres, für das der Antrag gestellt wird, keine Versicherung, sind die Krankenkassen zuständig, bei denen im Laufe des Kalenderjahres zuletzt eine Versicherung bestanden hat.

Der Antrag wird von der zuerst angegangenen Krankenkasse mit Wirkung für die anderen zuständigen Krankenkassen bearbeitet, sofern sie selbst eine der zuständigen Krankenkassen ist.

Wechselt ein für ein Kalenderjahr bereits befreiter Versicherter zu einer anderen Krankenkasse, akzeptiert diese grundsätzlich die Feststellungen der bisherigen Krankenkasse und befreit den Versicherten für denselben Zeitraum, für den bereits eine Befreiung vorlag. Ein Ausgleich bereits entrichteter Voraus- oder Zuzahlungen zwischen den Krankenkassen findet nicht statt. Eine Aufteilung einer Erstattung der über die Belastungsgrenze hinausgehenden Zuzahlungen für diesen Versicherten auf die anderen Krankenkassen erfolgt ebenfalls nicht.

Sofern nach der Ausstellung einer Bescheinigung über die Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen weitere Zuzahlungsbelege eingereicht werden, werden diese unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Fälligkeit oder Entrichtung von der für den Versicherten jeweils zum Zeitpunkt der Antragstellung auf nachträgliche Erstattung zuständigen Krankenkasse erstattet. Auf eine Neuberechnung der Teilerstattungsbeträge bzw. des Vorauszahlungsbetrages wird verzichtet.

9.2 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres

Die zuerst angegangene Krankenkasse stellt die Belastungsgrenze und den Erstattungsbetrag für den gesamten Familienverbund fest, teilt den Erstattungsbetrag unter den beteiligten Krankenkassen im Verhältnis der nach den einzelnen berücksichtigungsfähigen Personen im Familienverbund gezahlten Zuzahlungen zum Gesamtbetrag aller Zuzahlungen auf und erstattet ihren Versicherten den von ihr zu tragenden Teilbetrag.

Die von den anderen Krankenkassen zu erstattenden Teilbeträge werden dem Versicherten mit einem Mustervordruck in entsprechender Anzahl mitgeteilt. Eine weitere Aufteilung der Teilbeträge in die jeweiligen Leistungsbereiche ist nicht erforderlich. Die von der zuerst angegangenen Krankenkasse ermittelten jeweiligen Erstattungsbeträge werden dabei von den anderen Krankenkassen akzeptiert.

9.3 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr

Erreichen bzw. überschreiten der Versicherte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ihren tatsächlich geleisteten und nachgewiesenen Zuzahlungen bereits vor dem Ende des Kalenderjahres die ermittelte Belastungsgrenze, gelten die oben beschriebenen Verfahrensweisen entsprechend. Daneben befreit die zuerst angegangene Krankenkasse ihren Versicherten im laufenden Kalenderjahr für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen.

Mit der Befreiung des Versicherten von den Zuzahlungen haben auch die übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bei den anderen Krankenkassen versichert sind Anspruch darauf, von der für sie zuständigen Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreit zu werden. Hierzu informiert die Krankenkasse ihren Versicherten mit der Ausstellung des Befreiungsausweises über die Möglichkeit, dass seine bei den anderen Krankenkassen versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen ebenfalls für den Rest des Kalenderjahres befreit werden können.

Die Feststellung der Belastungsgrenze erfolgt auf der Basis der zum Zeitpunkt der Prüfung bestehenden aktuellen Verhältnisse durch eine Schätzung der kalenderjährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt unter Einbeziehung der voraussichtlich im weiteren Verlauf des Kalenderjahres zu erwartenden Einnahmen (z.B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) und Einkommenssteigerungen (z.B. Rentenanpassung). Bei stark schwankenden Einkünften kann eine vergleichende Berücksichtigung der Gesamtbruttoeinnahmen des Vorjahres erfolgen.

Bei einer Befreiung von den Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr für den Rest des Kalenderjahres soll sich eine erneute Prüfung der Belastungsgrenze auch bei einem Wechsel der Krankenkasse auf die Fälle beschränken, in denen sich wesentliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse oder der Einkommensverhältnisse i.S.d. § 48 SGB X ergeben (z.B. Beschäftigungsaufnahme nach Sozialhilfebezug, Heirat, Tod).

Kommt eine ausnahmsweise durchgeführte erneute Überprüfung zu einer von der bisherigen Entscheidung abweichenden Bewertung, sind die ggf. hiervon betroffenen Krankenkassen der übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen bzw. die vorherige Krankenkasse des Versicherten hiervon in Kenntnis zu setzen.

Die Versicherten sind mit der Befreiung aufzufordern, wesentliche Änderungen der Krankenkasse mitzuteilen.