

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

vom 22. Januar 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2004 die folgende Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V beschlossen:

„Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V

vom 22. Januar 2004

§ 1 Allgemeines

(1) Diese Richtlinie bestimmt das Nähere zur Definition von schwerwiegenden chronischen Krankheiten gemäß § 62 Abs. 1 Satz 4 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

(2) Die Feststellung, dass Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit i. S. d. Richtlinie leiden, wird durch die Krankenkasse getroffen.

§ 2 Schwerwiegende chronische Krankheit

(1) Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

(2) Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

b) 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, wobei der GdB beziehungsweise die MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.

c) 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.

§ 3 Belege

(1) Versicherte weisen die Dauerbehandlung nach § 2 Abs. 2 Satz 1 durch eine ärztliche Bescheinigung nach, in der die dauerbehandelte Krankheit angegeben ist.

(2) Zum Beleg für den Grad der Behinderung, die Minderung der Erwerbsfähigkeit und die Pflegestufe haben Versicherte die entsprechenden bestandskräft-

§ 4 Überprüfung

Die Auswirkungen dieser Richtlinie auf die Handhabung der Belastungsgrenze werden zum 31. 12. 2004 überprüft.

§ 5 In-Kraft-Treten

Die Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. 1. 2004 in Kraft.“

Bonn, den 22. 1. 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende
Dr. Hess

Beschlussbegründung

Hintergrund

§ 62 SGB V (GMG) sieht „für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind“, eine Absenkung der Belastungsgrenze von zwei auf ein Prozent vor. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat die vom Arbeitsausschuss Ärztliche Behandlung als Beschlussempfehlung für den 15. 12. 2003 erarbeitete Richtlinie beschlossen und dem Ministerium zur Prüfung gemäß § 94 SGB V zugeleitet. Mit Schreiben vom 23. 12. 2003 wurde seitens des Ministeriums Klärungsbedarf hinsichtlich der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben mitgeteilt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich am 22. 1. 2004 unter Beteiligung der Patientenverbände intensiv mit

tigen amtlichen Bescheide in Kopie vorzulegen. Die Krankheit, wegen der sich die Versicherten in Dauerbehandlung befinden, muss in dem Bescheid zum GdB oder zur MdE als Begründung aufgeführt sein.

(3) Das Vorliegen der kontinuierlichen Behandlungserfordernis nach § 2 Abs. 2 Buchstabe c wird durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen.

(4) Auf die Unterlagen, die der zuständigen Krankenkasse bereits vorliegen, kann verwiesen werden.

der Aufforderung des Ministeriums befasst, einen Katalog von Krankheiten zu benennen, der die schwerwiegenden chronischen Erkrankungen abschließend benennt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Möglichkeiten der Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen und die damit verbundenen Probleme noch einmal ausführlich beraten und anschließend die Richtlinie in der vorliegenden Fassung beschlossen.

Begriffsdefinition

Das SGB V definiert den Begriff „chronisch Kranke“ nicht näher, insbesondere aber liefert es keine Definition des neu eingeführten Terminus „schwerwiegend“. Bei dem Begriff „schwerwiegend“ handelt es sich nicht um einen medizinischen Fachbegriff im engeren Sinne. Aus

der medizinischen Fachliteratur lässt sich eine stringente Konkretisierung *nicht* ableiten. Ein Anhaltspunkt für eine Interpretation des Begriffs „schwerwiegend“ kann aus dem BSG-Urteil zum Off Label Use (Az.: B 1 KR 37/00 R) gewonnen werden, in dem es in der Begründung heißt: „Die Verordnung eines Medikaments in einem von der Zulassung nicht umfassten Anwendungsgebiet kommt deshalb nur in Betracht, wenn es (1.) um die Behandlung einer *schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden)* Erkrankung geht. . .“.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet die Erstellung einer Liste von schwerwiegenden chronischen Erkrankungen insgesamt als problematisch: Die Diagnose nach ICD-10 gibt in der Regel keinen eindeutigen Hinweis auf die Schwere der Erkrankung. Überdies können die meisten Erkrankungen chronisch werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist einvernehmlich zu der Auffassung gekommen, dass eine solche Liste zumindest in einem kürzeren Zeitraum nicht erstellt werden kann, da die Liste angesichts der vielen Tausend ICD-Diagnosen höchst umfangreich würde und im Sinne eine gerechten Lösung sehr elaboriert sein müsste. Zudem besteht das grundsätzliche Problem, dass die Liste fortlaufend aktualisiert werden müsste.

Aufgrund der Vielzahl der zu erwartenden Anträge soll eine Entscheidung primär auf der Basis von transparenten formalen Kriterien ermöglicht werden. Medizinische Prüfungen im Einzelfall sollen nur ergänzend erforderlich sein und ohne zusätzlichen bürokratischen Aufwand durchgeführt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat folgende Kriterien konsentiert:

A. **Dauerbehandlung** wegen derselben Erkrankung ein Jahr lang, mindestens einmal ärztliche Behandlung pro Quartal

additiv (zusätzlich mindestens eines der folgenden Kriterien)

B.1. Pflegestufe 2 oder 3

B.2. Grad der Behinderung (GdB) von 60 oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 %; dieselbe Erkrankung muss in dem Bescheid zum GdB bzw. MdE als Begründung aufgeführt sein

B.3. Erfordernis einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung (ärztliche

oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund derselben Erkrankung verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Durch das Kriterium A „Dauerbehandlung wegen derselben Erkrankung ein Jahr lang, mindestens einmal ärztliche Behandlung pro Quartal“ wird das gesetzlich vorgegebene Kriterium der Dauerbehandlung von chronisch verlaufenden Erkrankungen abgebildet. Es entspricht der bisherigen Regelung und einer entsprechenden Bescheinigung nach Muster 55 durch den behandelnden Arzt.

Zur weiteren Eingrenzung auf schwerwiegende Fälle sind *zusätzliche Kriterien* notwendig, da auch nicht schwerwiegende Erkrankungen das Kriterium A erfüllen können (zum Beispiel einmalige Operation mit nachfolgenden Kontrolluntersuchungen). Dabei wird das Kriterium „Arbeitsunfähigkeit“ als nicht geeignet eingestuft, da es von einem großen Teil der Versicherten per definitionem nicht erfüllt werden kann (Nicht-Erwerbstätige).

Das Kriterium B.1 „Pflegestufe 2 oder 3“ ist deshalb angemessen, da praktisch immer davon auszugehen ist, dass hier eine schwerwiegende chronische Erkrankung zugrunde liegt. Beispiele hierfür sind Schlaganfall, weit fortgeschrittene Erkrankungen des Bewegungsapparates oder Demenz. Deshalb wird dieses Kriterium trotz des Nachteils, dass aufgrund des Bescheides kein Diagnosebezug hergestellt werden kann, als medizinisch sinnvoll angesehen.

Das Kriterium B.2: Der nach § 30 BVG festzustellende Grad der Behinderung (GdB) ist ebenso wie die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach § 56 Abs. 2 SGB VII ein geeigneter Maßstab für die Schwere der chronischen Krankheit. Die zur Konkretisierung der Bestimmungen heranzuziehenden „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ haben ihre Praxistauglichkeit und Gerichtsbeständigkeit in langjähriger Anwendung belegen können.

Der GdB bzw. MdE weist einerseits den Vorteil auf, dass in den Bescheiden die zugrunde liegende(n) Diagnose(n)

mitgeteilt wird bzw. werden. Allerdings besteht das Problem, dass bei mehreren Diagnosen der „GdB-Anteil“ (bzw. MdE-Anteil) der einzelnen Diagnosen nicht ersichtlich ist, da der Gesamt-GdB (bzw. Gesamt-MdE) nicht durch arithmetische Summation gebildet wird. Deshalb ist ein Schwellenwert von 60 für die Anerkennung des Kriteriums angemessen.

Das Kriterium B.2 ist durch einen bestandskräftigen amtlichen Bescheid zu belegen. Eine nicht amtliche, sachverständige Bescheinigung belegt das Kriterium B.2 nicht. Auch Bescheide, die aufgrund von Gesetzen erstellt wurden wie § 69 Abs. 1 und 2 SGB IX sind amtliche Bescheide i. S. d. Richtlinie; insoweit ist allein maßgeblich, dass für die Bestimmung des GdB oder MdE die genannten Anhaltspunkte herangezogen wurden.

Das Kriterium B.3 „Erfordernis kontinuierlicher medizinischer Versorgung . . .“ ist deshalb erforderlich, weil nicht alle Versicherten mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung über eine Bescheinigung des GdB/MdE verfügen und der Anspruch auf eine Absenkung der Belastungsgrenze auch rechtlich nicht von dem Vorhandensein einer entsprechenden amtlichen Bescheinigung abhängig gemacht werden kann. Die Erfordernis umfassender kontinuierlicher medizinischer Versorgung führt zu einer Fokussierung auf schwerwiegendere Fälle. Begriffliche Grundlage für die zusätzliche Bedingung „ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung . . . zu erwarten ist“ bildet die Interpretationshilfe des BSG-Urteils zum Off Label Use. Eine Beurteilung durch den behandelnden Arzt ist deshalb sinnvoll, weil er die medizinischen Umstände des Versicherten am besten beurteilen kann und die Bescheinigung der Dauerbehandlung (Kriterium A) ebenfalls vom behandelnden Arzt (wie bisher) vorgenommen wird.

Der Versicherte, der eine Herabsetzung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Krankheit erreichen will, muss unter Beifügung der erforderlichen Belege über die bisherigen Ausgabenbelastungen einen Antrag an seine Krankenkasse stellen. Der behandelnde Arzt bescheinigt auf einem dem Versicherten von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Formular das Vorliegen des Kriteriums A und ggf. des Kriteriums B.3. □