

Banz. Nr. 18 (S. 1343) vom 28. Januar 2004

Bekanntmachungen

■ Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung

[1621 A] **Bekanntmachung
des Gemeinsamen Bundesausschusses
Richtlinie**

**zur Definition
schwerwiegender chronischer Krankheiten
im Sinne des § 62
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (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 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

(2) Die Feststellung, dass Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne der Richtlinie leiden, wird durch die Krankenkasse getroffen.

§ 2 Schwerwiegende chronische Krankheit

(1) Eine Krankheit im Sinne des § 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vor.

b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach § 30 des Bundesversorgungsgesetzes oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch vor, wobei der GdB bzw. 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 bestandskräftigen 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.

§ 4 Überprüfung

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

§ 5 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2004 in Kraft.“

Bonn, den 22. Januar 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. H e s s