

Richtlinien
des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Definition
schwerwiegender chronischer Krankheiten
im Sinne des § 62 SGB V

in der Fassung vom 22. Januar 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 18 (S. 1343) vom 28. Januar 2004
in Kraft getreten am 29. 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

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 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 31.12.2004 überprüft.

§ 5 Inkrafttreten

Die Richtlinie tritt mit Wirkung vom 01.01.2004 in Kraft.“

Bonn, den 22.01.2004

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Dr. Hess