

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

Die oben genannte Richtlinie wurde am 22.01. 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet und trat rückwirkend zum 01.01.2004 in Kraft.

Gemäß des Richtlinientextes ist eine Krankheit dann schwerwiegend chronisch, wenn

- sie wenigstens ein Jahr lang
- mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung)

und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist

- Pflegebedürftigkeit der Stufe 2 oder 3
- Grad der Behinderung (GdB) von 60% oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von 60%, wobei der GdB bzw. der MdE zumindest auch durch die Krankheit begründet sein muss
- eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist

Dabei müssen Versicherte folgende Belege vorlegen

- für die Dauerbehandlung:
ärztliche Bescheinigung, in der die entsprechende Krankheit angegeben ist
- für den GdB, MdE und die Pflegestufe:
amtliche Bescheide in Kopie
- für die Notwendigkeit der kontinuierlichen medizinischen Versorgung:
ärztliche Bescheinigung

Für chronisch Kranke gilt im Hinblick auf Zuzahlungen eine niedrigere Belastungsgrenze von 1% des jährlichen Brutto-Einkommens. Diese muss jedes Jahr bei der Krankenkasse beantragt werden.

Am 21. Dezember 2004 wurde die Richtlinie nochmals geändert: Seitdem gilt:

- bei Versicherten, für die seit einem Jahr die Pflegestufe zwei oder drei gilt, wird grundsätzlich eine Dauerbehandlung unterstellt

Diese Änderung hat zur Folge, dass die jährliche Beantragung der niedrigeren Belastungsgrenze entfällt, wenn

- eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 seit mindestens einem Jahr besteht und
- sich der Gesundheitszustand nicht wesentlich verbessert hat.