

Behinderung

Nach § 2a SGB V ist den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung zu tragen. Das gilt sowohl im Vorfeld der Leistungsanspruchnahme (z. B. beim Aufsuchen der Krankenkasse) als auch bei der Leistungsgewährung selbst. Die Leistungsträger sind nach § 17 Abs. 1 SGB I verpflichtet, darauf zu achten, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen erhält, nämlich

- in zeitgemäßer Weise,
- umfassend und
- zügig.

Der Zugang zu den Sozialleistungen muss möglichst einfach gestaltet werden, insbesondere durch Verwendung allgemein verständlicher Antragsvordrucke.

Ausdrücklich vorgeschrieben ist auch, dass die Verwaltungs- und Dienstgebäude der Sozialleistungsträger frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden.

Nach § 17 Abs. 2 SGB I haben hörbehinderte Menschen das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden. Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger (z. B. eine gesetzliche Krankenkasse) sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen.

Allgemein wird im gesamten Sozialrecht der Behindertenbegriff des § 2 SGB IX verwendet. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre

- körperliche Funktion,
- geistige Fähigkeit oder
- seelische Gesundheit

mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen. Schwerbehindert sind Menschen, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt. Voraussetzung ist, dass sie ihren Wohnsitz, ihren

gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz rechtmäßig in Deutschland haben.

Chronische Erkrankung

Nach § 2a SGB V ist den besonderen Belangen chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. In den Chroniker-Richtlinien des G-BA wird näher definiert, wer als chronisch krank gilt:

In § 1 Abs. 2 dieser Richtlinien wird bestimmt, dass die Feststellung, wonach Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leiden, von der Krankenkasse getroffen wird. § 2 der Richtlinien beschäftigt sich mit dem Begriff der schwerwiegenden chronischen Krankheit. Zunächst heißt es hier, dass eine Krankheit im Sinne des § 62 SGB V ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand ist, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat.

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

- Es liegt Pflegebedürftigkeit des Pflegegrads 2 bis 5 nach dem SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent vor. Der GdB bzw. die MdE müssen zumindest auch durch die obige Krankheit (Dauerbehandlung) begründet sein.
- Es ist eine kontinuierliche Behandlung der Gesundheitsstörung erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Die Dauerbehandlung wird durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen. In dieser werden die dauerbehandelte Krankheit und die kontinuierlichen Behandlungserfordernisse angegeben.

In den Richtlinien wird darauf hingewiesen, dass zum Beleg für den Grad der Behinderung (GdB), die Minderung der Erwerbsfähig-

keit (MdE) und den Pflegegrad des Versicherten die entsprechenden bestandskräftigen amtlichen Bescheide in Kopie vorzuliegen haben. Die Krankheit muss in dem Bescheid zum GdB oder zur MdE als Begründung aufgeführt sein.

Die weitere Dauer der chronischen Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst (MD), soweit erforderlich, zu prüfen.

Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn ein Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten feststellt. Ein solches therapiegerechtes Verhalten liegt beispielsweise bei Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V (Disease-Management-Programm) vor. Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nicht zumutbar ist, sind davon ausgenommen. Unzumutbarkeit liegt insbesondere bei Bestehen von Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 nach dem SGB XI oder bei einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 vor.

Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien. § 3 der Chroniker-Richtlinie bestimmt, dass der Arzt durch Ausstellung einer Bescheinigung bestätigt, dass sich Arzt und Patient über das weitere Vorgehen in Bezug auf eine Therapie verständigt haben und ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten vorliegt. Ausgenommen von der Notwendigkeit der Feststellung des therapiegerechten Verhaltens sind – neben den vorstehend bereits aufgeführten Personen – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

Wichtig: Eine chronische Erkrankung kann Auswirkungen auf die Höhe Ihrer Zuzahlungen haben (siehe hierzu auch Kapitel 5, Stichwort: „Zuzahlungen“).

Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme (DMP) sind leitliniengeprüfte Programme und stellen für die Ärzte und Patienten konkrete Behandlungsleitlinien dar. Ziel ist es, die Versorgung der Patienten zu verbessern,

und der Arzt agiert hier als Lotse im Rahmen der Behandlungs-koordination.

Die Teilnahme an einem solchen Programm ist freiwillig und für den Versicherten kostenlos.

Derzeit gibt es DMP für folgende Krankheiten:

- Asthma bronchiale
- Brustkrebs
- Chronische Herzinsuffizienz
- Chronischer Rückenschmerz
- COPD
- Depressionen
- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Koronare Herzkrankheit
- Osteoporose
- Rheumatoide Arthritis

Digitale Gesundheitsanwendungen

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) regelt seit 19.12.2019 den Anspruch für Versicherte auf digitale Gesundheitsanwendungen (§ 33a SGB V). Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht. Diese Produkte müssen dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die

- vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen wurden und
- entweder nach Verordnung des behandelnden Arztes bzw. Psychotherapeuten oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

Die Hersteller stellen den Versicherten digitale Gesundheitsanwendungen per elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze oder auf maschinell lesbaren Datenträgern zur Verfügung (§ 33a Abs. 3 SGB V). Ist hiernach keine Übertragung oder Abgabe möglich, können digitale Gesundheitsanwendungen auch über öffentlich zugängliche digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung gestellt werden. In diesen Fällen erstattet die Krankenkasse dem Versicherten die tatsächlichen Kosten bis zur Höhe der Vergütungsbeträge nach § 134 SGB V. Diese Vergütungsbeträge werden zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen aufgeteilt.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen (§ 139e SGB V). Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom genannten Bundesinstitut im Bundesanzeiger bekanntzugeben und im Internet zu veröffentlichen. Nähere Informationen finden Sie unter www.bfarm.de.

Praxis-Tipp:

Sie können die DiGA-App entweder durch Verordnung Ihres behandelnden Arztes und Vorlage bei der Krankenkasse erhalten oder Sie stellen direkt bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung einer DiGA-App ohne Verordnung durch den Arzt.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Gebildet wird er von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 91 SGB V).

Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung,