

**Tragende Gründe zum Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Chroniker-Richtlinie:
Feststellung therapiegerechten Verhaltens**

Vom 20. Dezember 2007

Rechtsgrundlagen:

Nach § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V beträgt die Belastungsgrenze für Zuzahlungen bei chronisch Kranken, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bei den übrigen Versicherten beträgt die Belastungsgrenze 2 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Die Dauerbehandlung wegen einer schwerwiegenden Krankheit ist gegenüber der Krankenkasse des Versicherten zu belegen. Nach § 62 Abs. 1 Satz 6 SGB V ist die weitere Dauer der Behandlung der schwerwiegenden Krankheit gegenüber der Krankenkasse des Versicherten jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen. Nach § 62 Abs. 1 Satz 7 SGB V darf die hierzu erforderliche Bescheinigung vom behandelnden Arzt nur ausgestellt werden, „wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt“. Nach § 62 Abs. 1 Satz 7, letzter Halbsatz SGB V gilt diese Regelung nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 „nicht zumutbar“ ist. Als Beispiele nennt das Gesetz das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III nach dem SGB XI oder das Vorliegen eines Grades der Behinderung von mindestens 60. Nach § 62 Abs. 1 Satz 8 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss „das Nähere“ in seinen Richtlinien.

In der Gesetzesbegründung heißt es erläuternd, dass der „Arzt die geeignete Therapie“ bestimmt und dass „auf diese Weise [...] sichergestellt [wird], dass von der verminderten Belastungsgrenze nach Satz 2 nicht profitiert, wer den eigenen Heilungserfolg gefährdet. Ein therapiegerechtes Verhalten dient der Sicherung des Heilungserfolges.“ Der Gemeinsame Bundesausschuss soll gemäß § 62 Abs. 1 Satz 8 Ausnahmen bestimmen, wo Versicherten ein therapiegerechtes Verhalten nach Satz 7 nicht zugemutet werden kann.

Eckpunkte der Entscheidung:

Rechtliche Abwägung

Für die Ausgestaltung der hier zu treffenden Regelung des G-BA ist insbesondere eine Abwägung mit dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten, dem Gleichheitsgrundsatz und dem Bestimmtheitsgrundsatz vorzunehmen. Dabei sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

1. §§ 60 – 67 SGB I legen dem sozial Versicherten im System der sozialen Sicherung bestimmte Mitwirkungspflichten gegenüber dem jeweiligen Sozialleistungsträger auf, die nach § 63 SGB I auch Heilbehandlungen umfassen können. Diese Bestimmungen beruhen auf dem Grundgedanken, dass das Sozialstaatsprinzip (Art 20 Abs 1 GG) nicht nur leistungsbegründend zu verstehen sei, sondern - soweit zumutbar und verhältnismäßig - auch vom Einzelnen ein solidarisches Verhalten gegenüber der Gemeinschaft verlangen könne. Die §§ 60 – 67 SGB V sind jedoch allein auf das Verhältnis zwischen dem Antragsteller bzw. dem Bezieher von Sozialleistungen und dem jeweiligen Leistungsträger zugeschnitten, lassen sich auf das Patient-Arzt-Verhältnis schon deswegen nicht übertragen, weil die Bestimmung zur vollständigen oder teilweisen Leistungsvergütung in § 66 Abs 2 SGB I sich nur auf den Sozialleistungsträger beziehen kann, der im Zeitpunkt der Leistungsbeantragung zu entscheiden hat, welche Mitwirkungspflichten dem Versicherten obliegen. Die Regelungen greifen daher erst dann, wenn eine bestimmte Sozialleistung beantragt ist; die Mitwirkungspflichten erweisen sich mithin nicht als allgemeine soziale Pflichten, die über den konkret geregelten Bereich hinaus zu berücksichtigen wären.
2. § 76 Abs. 1 SGB V begründet für den GKV-Versicherten die freie Arztwahl unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Einrichtungen. Eine gesetzliche Bindung an einen behandelnden Arzt, der über einen längeren Zeitraum das gesundheitliche Verhalten eines Versicherten beobachten und entsprechend beurteilen kann, besteht nur bei einer Wahlentscheidung für die hausarztzentrierte Versorgung. Es ist mit dem Gleichheitsgrundsatz schwer zu vereinbaren, dass ausgerechnet der Patient, der sich für eine solche gesundheitspolitisch gewünschte längere Bindung an einen Hausarzt entscheidet, damit die Grundlage für eine Überprüfbarkeit seines gesundheitlichen Verhaltens liefert, während der Patient, der mittels seiner Versichertenkarte quartalsweise oder mit Zuzahlung noch häufiger den Arzt wechselt, sich einer solchen Beurteilung weitestgehend beliebig entziehen kann.
3. Ein gesundheitswidriges Verhalten kann sich rechtlich nur dann auf Sozialansprüche des Versicherten in der GKV nachteilig auswirken, wenn der Versicherte zu einem alternativen gesundheitsbewussten Verhalten in der Lage ist. Das, was gemeinhin als vom Einzelnen zu vertretendes Laster angesehen wird (Rauchen, Alkohol, Übergewicht) kann sich jedoch rechtlich als Sucht erweisen, die dann ihrerseits eine behandlungs-

bedürftige Erkrankung ist. Kann und ggf. ab wann kann der Arzt bei einem Suchtkranken die Ausstellung der Bescheinigung verweigern?

Ein Verhalten des Versicherten, das sich negativ auf seine Gesundheit auswirken kann, kann jedenfalls allein die Verweigerung der Bescheinigung nach § 62 Abs. 1 Satz 8 SGB V durch den behandelnden Arzt nicht rechtfertigen. Hinzutreten muss vielmehr eine auf freier Willens- und Einsichtsfähigkeit basierende Entscheidung des Versicherten.

Die Vorschrift des § 62 Abs. 1 Satz 8 SGB V muss deshalb dahingehend verfassungskonform interpretiert werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Wege konkretisierender Bestimmungen im Lichte des Verhältnismäßigkeitsprinzips einen Ausgleich herzustellen hat zwischen dem Verfassungsrecht des Patienten auf Selbstbestimmung und dem Recht der Solidargemeinschaft auf eine zweckentsprechende Verwendung von Versichertenmitteln für die von Arzt und Patient im informed consent beschlossene Therapie.

Begriff des "therapiegerechten Verhaltens"

Um Rechtssicherheit für den Arzt, den Patienten und den Kostenträger herzustellen, ist eine eindeutige Definition der gesetzlichen Formulierung eines „therapiegerechten Verhaltens“ notwendig.

Der Terminus therapiegerechtes Verhalten ist wissenschaftlich nicht definiert, und im Versorgungsalltag nicht mit hinreichender Bestimmtheit zu operationalisieren. Auch medizinische Leitlinien enthalten in aller Regel keine konkreten Handlungsvorgaben für Patienten hinsichtlich eines definierten Verhaltens. Selbst wenn diese im Einzelfall einmal gegeben sind, käme einer solchen Leitlinie selbst bei einer Aufnahme in ein DMP keine sozialrechtliche Verbindlichkeit zu

"Therapietreue" in Anlehnung an die WHO-Definitionen von 2003 ist am ehesten im Sinne von Adherence zu verstehen. Innerhalb dieses wissenschaftlichen Konstrukts repräsentieren patientenbezogene Faktoren nur eine von fünf maßgeblichen, interagierenden Dimensionen. Es besteht international Konsens, dass keine exakten Messverfahren existieren, die verlässliche Aussagen über das Ausmaß von „Adherence“ hinsichtlich bestimmter Therapieempfehlungen erlauben.

Adherence im Sinne der WHO-Definition umfasst die aktive Einbeziehung des Patienten in die Therapieplanung und die Patientenzustimmung zu den vereinbarten Therapieempfehlungen. Entsprechende Projekte zeigen, dass die Beteiligung von Patienten zu höherer Therapietreue, zu verbesserten Behandlungseffekten und zu einer höheren Zufriedenheit von Patienten, aber auch Ärzten führen kann.

Zusammenfassung

Die Feststellung eines therapiegerechten Verhaltens über den Erfolg der Therapie oder durch Surrogatparameter des Erfolges der Therapie (z. B. physiologische Messwerte, Laborwerte) ist aus oben dargelegten Gründen nicht möglich. Da keine eindeutige Kausalität zwischen dem Therapieerfolg auf der einen Seite und dem Verhalten des Patienten auf der anderen Seite besteht, ist eine rechtssichere Festlegung des therapiegerechten Verhaltens nur auf der Grundlage einer Verständigung zwischen Arzt und Patient über eine Therapie möglich.

Von therapiegerechtem Verhalten ist dabei so lange auszugehen, wie der Patient nicht ausdrücklich erklärt, dass er sich entgegen dem mit dem Arzt abgesprochenen Behandlungsplan verhalten hat und dies auch weiterhin tun wird.

Bei Patienten die in der Vergangenheit bereits den Nachweis über das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung erbracht haben (Muster 55), ist davon auszugehen, dass sich der Patient therapiegerecht verhält, solange keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Änderung des Verhaltens vorliegen.

Falls innerhalb einer Familie mehrere Mitglieder chronisch krank sind, reicht eine Bescheinigung über chronische Erkrankung für die Verminderung der Belastungsgrenze aus. Das Verhalten nicht-chronisch kranker Familienmitglieder tangiert die vorliegende Regelung nicht.

Ausnahmen

Ausgenommen von der Regelung sind die im Gesetz bereits aufgeführten Personengruppen, sowie Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre. Weitere Ausnahmen sind nicht erforderlich, da bei der Verständigung über die zu beachtende Therapie nach Absatz 4 den individuellen Bedürfnissen des Patienten, beispielsweise bei einer psychischen Erkrankung, in jedem Fall Rechnung getragen werden kann.

Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Abs. 8a SGB V:

Die Bundesärztekammer sieht in ihrer Stellungnahme keinen Änderungsbedarf an der geplanten Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses und teilt die in den Tragenden Gründen dargelegte Entscheidungsfindung.

Siegburg, den 20. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess