



Bundesministerium  
für Gesundheit

Mitglied des Deutschen Bundestages  
Frau Dr. Marlies Volkmer  
11011 Berlin

**Annette Widmann-Mauz**

Parlamentarische Staatssekretärin  
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1020

FAX +49 (0)30 18441-1750

E-MAIL [annette.widmann-mauz@bmg.bund.de](mailto:annette.widmann-mauz@bmg.bund.de)

Berlin, 5. Oktober 2012

### Schriftliche Frage im September 2012

Arbeitsnummer 9/352

Sehr geehrte Frau Kollegin,

Ihre o. a. Frage beantworte ich wie folgt:

Frage Nr. 9/352:

Welche Unterschiede sieht die Bundesregierung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch die Kranken- und Pflegeversicherungen, je nachdem ob das Krankheitsbild Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome ME/CFS als eine auf körperlichen Fehlfunktionen beruhende neurologische/immunologische Erkrankung oder als psychosomatische Erkrankung anerkannt wird, und welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung nach Einholung entsprechender Informationen seitens der rentenrechtlichen Anerkennung von ME/CFS durch die Rentenversicherungs- bzw. Sozialhilfeträger?

Antwort:

Menschen mit ME/CFS haben in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V) Anspruch auf Krankenbehandlung. Dies gilt unabhängig von der Annahme eines bestimmten Krankheitsmodells. Die Behandlung hat regelmäßig nach anerkannten medizinischen Standards zu erfolgen. Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot müssen die zur Versorgung erbrachten medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

Je nach Krankheitsmodell können Umfang und Inhalt der von den Leistungserbringern angebotenen Behandlung allerdings variieren. Denn die Ärztin bzw. der Arzt trifft in Absprache mit dem Patienten oder der Patientin die Entscheidung über die Diagnose- und Behandlungsme-

Seite 2 von 3

thoden aufgrund ihrer bzw. seiner medizinischen Kenntnisse und des ärztlichen Gewissens. Dies ist Ausdruck der ärztlichen Therapiefreiheit, die verfassungsrechtlich durch Artikel 5 Absatz 3 Satz 1 (Freiheit der Wissenschaft) und Artikel 12 Absatz 1 Satz 1 des Grundgesetzes (Berufsfreiheit) geschützt ist und eine der wesentlichen Säulen des ärztlichen Heilauftrages und der ärztlichen Berufsauffassung bildet. Patientinnen und Patienten können den Arzt oder die Ärztin frei wählen.

Bei Erbringung diagnostischer und therapeutischer Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Dies gilt auch für medizinische Leistungen für Menschen mit ME/CFS. Dementsprechend besteht die Leistungspflicht der GKV nicht per se für alle denkbaren, in ihrer Wirksamkeit aber nicht abgesicherten Therapieansätze. Das ME/CFS zugrunde gelegte Krankheitsmodell kann dann für die konkrete Leistungspflicht der GKV eine Rolle spielen, wenn ME/CFS als psychische Erkrankung (z. B. als somatoforme Störung) diagnostiziert wird. Denn dann ist im Einklang mit der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine Behandlung mit ambulanter Psychotherapie im Rahmen der GKV möglich. Im Bereich der Arzneimittelversorgung ist grundsätzlich eine arzneimittelrechtliche Zulassung durch die zuständige Behörde Voraussetzung für eine Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV.

Für Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung – ist es unerheblich, ob ein Krankheitsbild als somatische oder psychosomatische Erkrankung diagnostiziert wird. Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten Antragsteller, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Zudem ist bei der Begutachtung zu berücksichtigen, dass nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung, sondern allein der aus der konkreten Schädigung und Beeinträchtigung der Aktivitäten resultierende Hilfebedarf in Bezug auf die gesetzlich definierten Verrichtungen als Grundlage der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit dient.

Leistungen der Pflegeversicherung setzen – sofern es sich nicht um die Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b SGB XI handelt – mindestens eine erhebliche Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) voraus. Dafür muss mindestens täglicher Hilfebedarf bei wenigstens zwei der im Gesetz genannten Verrichtungen aus den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität sowie ergänzend der haus-

Seite 3 von 3

wirtschaftlichen Versorgung bestehen. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegefachkraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege einschließlich hauswirtschaftlicher Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen. Hiervon müssen mehr als 45 Minuten täglich auf die Verrichtungen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität entfallen. Die berücksichtigungsfähigen Verrichtungen sind dabei im Einzelnen abschließend in § 14 Absatz 4 SGB XI aufgezählt.

Auch die Träger der Rentenversicherung erbringen die erforderlichen Renten- und Teilhabeleistungen nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) unabhängig davon, ob es sich bei dem Krankheitsbild ME/CFS um eine auf körperlichen Fehlfunktionen beruhende neurologische bzw. immunologische oder eine psychosomatische Erkrankung handelt. Insgesamt spielt in der sozialmedizinischen Begutachtung der Rentenversicherung die unmittelbare diagnostische oder ätiologische Zuordnung der Symptomatik des Einzelnen für die Beurteilung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens im Erwerbsleben zumeist eine untergeordnete Rolle; im Zentrum steht vielmehr das Ausmaß der individuellen Fähigkeits- und Funktionsstörungen.

Die Träger der Rentenversicherung erbringen Erwerbsminderungsrenten, wenn eine gesundheitsbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (Leistungsvermögen von nur noch unter drei Stunden bzw. unter sechs Stunden täglich) eingetreten ist und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Leistungen zur Teilhabe werden Versicherten erbracht, um deren Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen, sofern sie die persönlichen (medizinischen) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Die Träger der Sozialhilfe übernehmen bei der Erbringung von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung an dauerhaft voll erwerbsgeminderte hilfebedürftige Personen entweder eine im Rentenantragsverfahren getroffene Entscheidung des Rentenversicherungsträgers oder, falls eine solche Entscheidung noch nicht getroffen worden ist, ersuchen sie diesen um eine gutachterliche Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Annika Wsche. Katz