

## **GKV : Allgemeine Grundsätze des Leistungsrechts**

Überblick über das gesetzliche Leistungsspektrum in § 11 Abs. 1 SGB V

### **Gesetzliche Pflichtleistungen**

Grundsätzlich räumt das Gesetz den Versicherten einen Rechtsanspruch auf die gesetzlich vorgesehenen Leistungen ein (§ 38 SGB I). Allgemein ausgeschlossen sind gem. § 11 Abs. 4 SGB V Leistungen der Krankenkassen bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit; insoweit hat die gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) den Vorrang.

### **Ermessensleistungen**

In gesetzlich bestimmten Ausnahmen ist den Krankenkassen für die Gewährung der Leistung ein Ermessen eingeräumt, z. B. in § 23 Abs. 2 S. 1 u. Abs. 5 S.1, § 37 Abs.1 S. 5 und § 43 Abs.1 SGB V. Dabei besitzen die Versicherten einen Anspruch auf fehlerfreie Ausübung des Ermessens; bei sachgerechter Wahrnehmung ergibt sich häufig eine Ermessensreduzierung auf Null, insbesondere wenn dezidierte Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Bei der Ausübung von Ermessen darf in der GKV grundsätzlich nicht auf die Ursache der Erkrankung oder Verletzung abgestellt werden; Ausnahme in § 52 Abs. 1 SGB V : Leistung kann reduziert werden, wenn ihre Ursache in einem vorsätzlichen Verbrechen oder Vergehen liegt. Das gleiche gilt für die Folgen bestimmter medizinisch nicht indizierter Maßnahmen (z.B. Schönheitsoperationen, Piercing, § 52 Abs. 2).

Für die Folgen sonstiger gesundheitsschädlicher Lebensführung sieht das Gesetz keine Sanktionen vor.

### **Zusatzleistungen kraft Satzung**

Soweit eine gesetzliche Ermächtigung besteht, können die Krankenkassen kraft Satzungsbeschluss zusätzliche Leistungen vorsehen, (z.B. in §§ 23 Abs. 2, S.2, § 37 Abs. 2, S. 4 u. § 38 Abs. 2 SGB V).

Die Gewährung gesetzlich nicht vorgesehener Leistungen – etwa aus Kulanz oder Mildtätigkeit – ist gem. § 30 SGB IV nicht zulässig. Soweit sich die Leistungsgewährung auf Ausnahmen beschränkt und nicht werbemäßig „ausgeschlachtet“ wird, können die Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Opportunität auf ein Einschreiten verzichten.

## **Sach – und Dienstleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 SGB V)**

Der Leistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse richtet sich grundsätzlich auf die **Verschaffung** von **Sachleistungen** (z.B. Arzneimittel, Hilfsmittel) oder **Dienstleistungen** (z.B. ärztliche Behandlung) - im Gegensatz zur PKV, in der das Kostenerstattungsprinzip herrscht. Zur Verschaffung der Leistungen bedienen sich die Krankenkassen der Angehörigen der Heilberufe als sog. Leistungserbringer, die durch Gesetz oder Verträge an die Krankenkassen gebunden werden.

Zweck dieser Regelung :

- keine Pflicht der Versicherten zur Vorstreckung der Kosten,
- Beschränkung der Versicherten auf **zugelassene** Leistungserbringer,
- Möglichkeit der Krankenkassen zur vertraglichen **Kostensteuerung**; diese ist nötig, weil die Versicherten i.d.R. keiner Zustimmung der Kasse zur Inanspruchnahme der Leistung bedürfen (Ausn. z.B. bei Rehaleistungen).

## **§ 13 SGB V: Kostenerstattg. anstelle der Sach- oder Dienstleistung** zulässig,

- wenn die Krankenkasse eine **unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig** erbringen konnte oder die **Leistung zu Unrecht abgelehnt** hat; dann Erstattungsanspruch, soweit Leistung notwendig war (§ 13 Abs. 3 SGB V),
- wenn Versicherte vor Inanspruchnahme der Leistung anstelle der Sach- oder Dienstleistung die **Kostenerstattung wählen** u. die Kasse darüber unterrichten. Das Verfahren ist in der Satzung zu regeln; weitere Einzelheiten siehe § 13 Abs. 2. (vgl. dazu BSG Urt. v. 4.4.2006, B 1 KR 5/05 R).
- Schließlich sind Versicherte berechtigt, Leistungserbringer in einem **Mitgliedsstaat der EU** oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den **Europäischen Wirtschaftsraum** im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen; die Leistungserbringer müssen im jeweiligen Vertragsstaat zugelassen sein. Anspruchshöhe begrenzt durch die Kosten der Sachleistung im Inland; weitere Einzelheiten siehe § 13 Abs. 4.  
Abweichend hiervon können Krankenhausleistungen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden (§ 13 Abs. 5). Die gesamte Regelung ist ein Ausfluss des Grundsatzes der Waren- und Dienstleistungsfreiheit in der EU.

## **Kostenerstattung nach § 18 SGB V** zulässig,

- wenn eine allgemein anerkannte Behandlung einer Krankheit nur in einem Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums möglich ist (§ 18 Abs.1)
- oder wenn während einer Reise außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums die Behandlung einer solchen Krankheit unverzüglich erforderlich ist, für die eine private Auslandskrankenversicherung nicht möglich war (Abs. 2).

### **Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 SGB V)**

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Im Rahmen der Leistungsgewährung sind die Leistungen wirtschaftlich, die **notwendig** sind, um den Leistungserfolg zu erreichen.

Bei Behandlungsmethoden mit gleichen Erfolgsaussichten ist die kostengünstigste **ausreichend**, bei unterschiedlichen Erfolgsaussichten reicht nur die aus, die den größten Erfolg verspricht.

**Zweckmäßig** kann nur eine Leistung sein, die **geeignet** ist, einen Behandlungserfolg zu erzielen. Nach § 2 Abs.1 S. 3 SGB V müssen Qualität u. Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.

Nach § 2 Abs.1 S.2 sind Leistungen der sog. Alternativen Medizin (z. B. Homöopathie) nicht ausgeschlossen, allerdings müssen auch sie den o.g. Anforderungen entsprechen.

Sog. **Außenseitermethoden**, die bisher nicht ausreichend wissenschaftlich fundiert sind, begründen grundsätzlich keine Leistungspflicht; Ausnahme nach Beschluss des BVerfG v. 6.12. 2005, 1 BvR 347/98 nur dann, wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung auf keine andere Weise behandelt werden kann und ein Erfolg nicht ganz aussichtslos ist. Zu nicht zugelassenen Arzneimitteln siehe BSG Urt. v. 4.4.2006, B 1 KR 7/05 R.

Die Voraussetzungen für die **Anerkennung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** in der vertragsärztlichen u.- zahnärztlichen Versorgung sind in § 135 SGB V geregelt. Als „neu“ gelten solche Methoden, die zum Zeitpunkt der Behandlung nicht als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) aufgeführt sind. Sie dürfen erst dann zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wenn der **Gemeinsame Bundesausschuss** auf Antrag eines Berechtigten (insbes. Spitzenverband Bund) in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S.2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben hat über Nutzen, Notwendigkeit u. Wirtschaftlichkeit der neuen Methode, die notwendige ärztliche Qualifikation u. apparative Ausstattung und die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Einer solchen Anerkennung gehen i.d.R. intensive Studien u. Untersuchungen voraus. Hat der Bundesausschuss nach Ablauf bestimmter Fristen nach Vorliegen der maßgeblichen wissenschaftlichen Erkenntnisse keine Entscheidung gefällt, darf die neue Methode gem. § 135 Abs. 1 S. 5 zu Lasten der Krankenkassen angewandt werden („**Systemversagen**“), vgl. dazu BSG, Urt. v. 26.9.2006, B 1 KR 3/06 R.

In der **stationären Behandlung** gilt die **umgekehrte Regelung** : die dortigen Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden dürfen so lange zu Lasten der Kassen angewandt werden, bis sie nach entsprechenden Überprüfungen durch den Bundesausschuss beanstandet u. ggfls. untersagt werden (§ 137 c SGB V).

Die Krankenkassen können gem. § 63 Abs. 2 SGB V zur Erprobung von neuen Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden **Modellvorhaben** durchführen u. entsprechende Vereinbarungen mit den Leistungserbringern schließen. Das gilt nicht für Methoden, die der Bundesausschuss bereits abgelehnt hat. Das Modellvorhaben bedarf einer Satzungsregelung und einer wissenschaftlichen Begleitung und ist auf höchstens 8 Jahre zu beschränken ( §§ 63 ff. SGB V).

### **Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92**

Nach § 92 Abs. 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Diese Richtlinien bestimmen maßgeblich den Leistungsinhalt und den Leistungsumfang in der vertragsärztlichen Versorgung: sie konkretisieren die Leistungsansprüche mit verbindlicher Wirkung für die Vertragsärzte (vgl. dazu auch § 92 Abs. 8) , die Versicherten und die Krankenkassen.

Nach herrschender Meinung (insbes. BSGE 81, 73, 85) handelt es sich bei den Richtlinien um Rechtsnormen, die als solche nur einer begrenzten inhaltlichen gerichtlichen Kontrolle unterliegen. Diese Auffassung ist im Schrifttum z.T. auf heftige Kritik gestoßen, die insbes. aus Art. 19 Abs. 4 GG begründet wird; bei nur normausfüllendem Charakter gingen eine inhaltliche Kontrolle und damit der Rechtsschutz deutlich weiter.

### **Kostenbeteiligung und Eigenverantwortung der Versicherten**

#### **Zuzahlung**

Bei den meisten Leistungen sieht das Gesetz eine Eigenbeteiligung an den Kosten in Form einer Zuzahlung vor, vgl. §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 3, 24 a Abs.2, 40 Abs. 5, 31 Abs. 2-4, 32 Abs. 2, 37 Abs. 5, 37 a Abs. 3, 38 Abs. 5, 39 Abs. 4, 40 Abs. 5 u. 41 Abs. 3 SGB V, siehe aber auch Ausn. in § 31 Abs. 3 SGB V. Zur **Höhe** der jeweiligen Zuzahlung siehe § 61 SGB V.

Eine besondere Form der Zuzahlung ist die sog. **Praxisgebühr** gem. § 28 Abs. 4 SGB V. Sie wird bei ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung von Versicherten über 18 Jahren erhoben, und zwar anlässlich jeder

ersten Behandlung im Quartal. Die Praxisgebühr in Höhe von 10 EUR soll die unbedachte Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung eindämmen.

Der Einzug der Praxisgebühr erfolgt durch die Ärzte, die sie im Wege der Verrechnung an die Krankenkassen abführen.

Diese Verpflichtungen stellen weder eine unzumutbare Belastung noch einen Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte Berufsfreiheit dar (BSG Urt. v. 7.12.2006, B 3 KR 29/05 R m.w.N.).

Die Zuzahlungspflicht der Versicherten reicht nur bis zu einer jährlichen **Belastungsgrenze** in Höhe von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, bei chronisch Kranken i.d.R. 1 %., vgl. im Einzelnen § 62 SGB V.

### **Beschränkung der Leistung auf Kostenzuschuss**

Bei bestimmten Leistungen sieht das Gesetz nur einen Zuschuss der Krankenkasse vor; im Übrigen muss sich der Versicherte die Leistungen privat verschaffen und bezahlen, so z. B. beim Zahnersatz (§ 55), bei Kontaktlinsen (33 Abs. 3 S. 3) sowie bei satzungsrechtlichen Vorsorge-, Rehabilitations- und Genesungskuren (vgl. z.B. § 23 Abs. 2, S. 2 u. § 41 Abs. 1 S. 2).

### **Vollkommener Leistungsausschluss gem. § 34 SGB V**

- bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (Aus. u.a. bei anderweitigem Beschluss des Bundesausschusses sowie bei Kindern),
- für sog. Bagatellarzneimitteln i. S. v. § 34 Abs. 1, S. 6
- und für sog. Lifestyle – Medikamente (§ 34 Abs. 1 S. 7- 9) und entsprechende Heilmittel (§ 34 Abs. 5 i.V. m. 32 SGB V).