

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)237(9.1)
zur öAnh am 4.11.2020 - Sehhilfen

3.11.2020



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.10.2020

zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Gesundheitsversorgung für alle sichern“

28.11.2018

Drucksache 19/6057

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE	3
--	---

I. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

Nr. 1 a)

A) Antragsgegenstand

Bestimmte verschreibungsfreie Arzneimittel sollen wieder erstattet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll eine Positivliste entwickeln, welche alle OTC-Arzneimittel beinhaltet, die dem anerkannten Stand des Wissens entsprechen. Arzneimittel zur Raucherentwöhnung sollen nicht mehr generell ausgeschlossen werden.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist vor dem Hintergrund, dass es sich bei diesen nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln um Arzneimittel im niedrigen Preisbereich handelt, vertretbar, dass in der Regel keine generelle Verordnung zu Lasten der Solidargemeinschaft möglich ist. Gleichwohl gibt es bereits heute Konstellationen, in denen eine Erstattungsfähigkeit durch die GKV gegeben ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss führt eine Positivliste mit allen zweckmäßigen verschreibungsfreien Arzneimitteln, die Therapiestandard bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen sind. Diese Anlage I zur Arzneimittelrichtlinie unterliegt der Beobachtungspflicht des G-BA und wird daher bei Bedarf aktualisiert. Die dort gelisteten Arzneimittel sind nach ärztlicher Verordnung erstattungsfähig. Zudem können verschreibungsfreie Arzneimittel zur Behandlung der Erkrankungen von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr grundsätzlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, sofern diese nicht explizit von der Leistungspflicht ausgenommen sind. Gleichermaßen gilt auch für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, soweit deren geistige oder körperliche Entwicklung verzögert oder gestört ist und ein entsprechender Versorgungsbedarf besteht. Durch Berücksichtigung dieser beiden Konstellationen wird aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der derzeitigen Regelung ausreichend sichergestellt, dass soziale Härten vermieden werden.

Die Gesetzliche Krankenversicherung unterstützt die Entwöhnung von Suchtmitteln durch eine Vielzahl verschiedener Angebote. Darunter fallen Raucherberatungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen, Beratungen im Rahmen verschiedener Untersuchungen (z.B. Jugendgesundheitsuntersuchung) oder im Rahmen anderer Präventionsmaßnahmen. Die medikamentöse

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.10.2020
zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gesundheitsversorgung für alle sichern“
vom 28.11.2018
Seite 4 von 19

Rauchentwöhnung ist dabei nur ein unterstützender Baustein. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es angemessen, dass die Kosten für diese unterstützende medikamentöse Therapie weiterhin in der Eigenverantwortung des Versicherten liegen.

Nr. 1 b)

A) Antragsgegenstand

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE hat zum Ziel, bestimmte im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) vorgenommene Leistungskürzungen zurückzunehmen. Die Bundesregierung wird aufgefordert, einen Gesetzesentwurf vorzulegen, der unter anderem auch folgendes beinhaltet: „Sehhilfen werden nach ärztlicher Verordnung wieder in medizinisch notwendigem Umfang erstattet.“

B) Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Dem Antrag ist nicht zu entnehmen, welche konkreten leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Versorgung maßgeblich sein sollen.

Die derzeit geltende Regelung ist das Resultat einer längeren gesetzgeberischen Entwicklung, durch die ein Ausgleich zwischen der Finanzierungs- und Beitragssatzstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und den berechtigten Interessen der Versicherten – insbesondere auch derjenigen mit erheblichen Sehbeeinträchtigungen – andererseits erzielt werden sollte. Durch das Beitragsentlastungsgesetz im Jahr 1996 wurde der damalige Zuschuss zu Brillenfassungen gestrichen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde dann der Anspruch auf Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe bei Erwachsenen auf Fälle mit erheblicher Beeinträchtigung der Sehfähigkeit begrenzt. Der Anspruch für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie auf therapeutische Sehhilfen blieb dagegen unverändert bestehen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zum GKV-Modernisierungsgesetz wird vom Gesetzgeber ein Leistungsanspruch bei Kindern und Jugendlichen deswegen bejaht, weil Sehfehler, die in der frühen Kindheit nicht korrigiert werden, später auch hinsichtlich der Folgeschäden als meist nur unvollständig behebbar angesehen werden. Bei erwachsenen Versicherten geht der Gesetzgeber davon aus, dass diese Leistungsbegrenzung die erwachsenen Versicherten grundsätzlich finanziell nicht überfordert und die Regelversorgung ihrer Eigenverantwortung zugewiesen werden kann.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die GKV den Versicherten Leistungen nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt und darf der GKV-Leistungskatalog auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein. Die gesetzlichen Krankenkassen sind verfassungsrechtlich gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl. Beschluss des BVerfG vom

06.12.2005 – 1 BvR 347/98). Die Schwere einer Erkrankung oder Behinderung ist dabei im Rahmen des Krankenversicherungssystems ein naheliegendes Sachkriterium, um innerhalb des Leistungskatalogs zu differenzieren (vgl. Beschluss des BVerfG vom 12.12.2012 – 1 BvR 69/09).

Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 23.06.2016 – B 3 KR 21/15 R die ge- setzgeberische Konzeption der Leistungsausgestaltung bei der Versorgung mit Sehhilfen vor die- sem Hintergrund als in der Sache nachvollziehbar und rechtlich unbedenklich angesehen. Auch der GKV-Spitzenverband sieht hierin eine sachlich nachvollziehbare Konzeption.

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz (HHVG) wurden zudem bereits auch Versicherte in den leistungsberechtigten Personenkreis einbezogen, die wegen Kurz- und Weitsichtigkeit Brillengläser mit einer Brechkraft von mehr als sechs Dioptrien oder bei Astigmatismus von mehr als vier Dioptrien benötigen, während zuvor nur Versicherte anspruchsberechtigt waren, die auch bei bestmöglicher Korrektur eine schwere Sehbeeinträchtigung aufweisen. Der leistungsberechtigte Personenkreis ist hierdurch bereits signifikant erweitert worden.

Nr. 1. c)

A) Antragsgegenstand

Mit ihrem Antrag schlägt die Fraktion DIE LINKE dem Deutschen Bundestag vor, die Bundesregierung aufzufordern, u. a. bestimmte Leistungskürzungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), welches im Jahr 2003 beschlossen wurde, zurückzunehmen. Nachfolgend werden die Punkte 1.c), 1. d) und 1. e) des Antrags der Fraktion DIE LINKE zusammengefasst.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen auch Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. Mit dem GMG wurde für Versicherte u. a. ein Eigenanteil in Höhe von 50 v. H. für die Kinderwunschbehandlung eingeführt. Demzufolge übernehmen die Krankenkassen seit Inkrafttreten des GMG 50 v. H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihren Versicherten durchgeführt werden (vgl. § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Zu den gesetzlich vorgegebenen Voraussetzungen gehört u. a. nach § 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V, dass die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind. Eine weitere Voraussetzung ist, dass ausschließlich die Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden (homologe Insemination).

In ihrem Antrag fordern Abgeordnete der Fraktion DIE LINKE, medizinische Kinderwunschbehandlungen umfassend zu ermöglichen, insbesondere durch die volle Kostenübernahme für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auch unter Verwendung von Spendersamen und unabhängig vom Bestehen einer Partnerschaft. Dementsprechend soll der anspruchsberechtigte Personenkreis erweitert werden, wonach insbesondere Frauen und Personen anderer Geschlechts, die in nichtehelicher, lesbischer, sonstiger oder ohne Partnerschaft leben die Möglichkeit eingeräumt werden soll, Maßnahmen der künstlichen Befruchtung zu beanspruchen. Dies sei notwendig, um die reproduktive Selbstbestimmung zu gewährleisten.

Weiterer Bestandteil der reproduktiven Selbstbestimmung seien Sterilisationsmaßnahmen. Gemäß § 24b Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation. Der Gesetzgeber hat mit Einführung des GMG bestimmte Leistungen in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen, so dass Leistungen der Sterilisation, die nicht aus medizinischen Gründen notwendig sind, seit Inkrafttreten von den Versicherten selbst finanziert werden müssen. Die Fraktion DIE LINKE fordert in ihrem Antrag, die Kosten der Sterilisation ohne Indikationseinschränkung zu übernehmen.

Abschließend wird verwiesen auf die Anträge der Fraktion DIE LINKE „Medizinische Kinderwunschbehandlung umfassend ermöglichen“ (BT-Drs. 19/5548) sowie „Verhütungsmittel kostenfrei zur

Verfügung stellen“ (BT-Drs. 19/2699), in denen die aktuellen Vorschläge bereits zum Teil Antragsgegenstand waren.

B) Stellungnahme

Bei der grundlegenden Frage, ob künftig Frauen und Personen anderen Geschlechts in nichtehelicher Lebensgemeinschaft einschließlich lesbischer, sonstiger oder ohne Partnerschaft dieselben Leistungsansprüche bei der Herbeiführung einer Schwangerschaft haben sollten wie Verheiratete, handelt es sich um eine primär gesellschaftspolitische Fragestellung.

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die Beantwortung dieser Frage ein allgemeinpolitisches Mandat verlangt, das über das spezifisch gesundheitspolitische Mandat des GKV-Spitzenverbandes als Interessenvertreter der gesetzlichen Krankenkassen hinausgeht. Wie der Kreis der nach § 27a SGB V anspruchsberechtigten Versicherten innerhalb der Solidargemeinschaft der GKV abzugrenzen ist und in welcher Höhe die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung zu übernehmen sind, ist im gesellschaftspolitischen Diskurs zu erörtern und auf dieser Basis allein vom Bundesgesetzgeber zu entscheiden.

Die Erweiterung des Leistungsanspruchs der Versicherten der GKV auch auf Fälle der heterologen Befruchtung (Verwendung von Samenzellen eines (nicht ehelichen) Samenspenders) berührt eine Vielzahl von Fragen der modernen Reproduktionsmedizin, die fern der rein krankenversicherungsrechtlichen Betrachtung liegen. Der GKV-Spitzenverband weist deshalb darauf hin, dass ggf. mit oder vor der Erweiterung von leistungsrechtlichen Vorgaben im SGB V weitere, grundlegende u. a. rechtliche Fragen zu beantworten und Regelungen zu schaffen sind; in diesem Zusammenhang wird ausdrücklich auf die Entschließung des Deutschen Ärztetages für eine systematische Rechtsentwicklung in der Reproduktionsmedizin aus Mai 2013 sowie die Entschließung für Rechtssicherheit bei unerfülltem Kinderwunsch aus Mai 2017 verwiesen.

Rein krankenversicherungsrechtlich ergibt sich bei heterologen Befruchtungen eine Unklarheit hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzung der medizinischen Indikation bei gleichgeschlechtlichen Paaren bzw. Frauen oder Personen anderen Geschlechts ohne Partnerschaft: Der Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a SGB V entsteht auf Basis eines medizinischen Befundes. Die konkreten medizinischen Indikationen, die den Leistungsanspruch auf ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegenüber der GKV auslösen, sind in den Richtlinien des G-BA über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“) bestimmt. Die Diagnostik einer solchen Indikation setzt grundsätzlich voraus, dass eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege bislang nicht eingetreten ist. Ausnahmen bestehen „lediglich“ in solchen Fallgestaltungen, in denen von vornherein

klar ist, dass die Frau nicht auf natürlichem Wege durch eine in der Vergangenheit erfolgte Tubenamputation schwanger werden kann. Eine Übertragbarkeit dieser medizinischen Indikationsstellung auf gleichgeschlechtliche Paare und Frauen bzw. Personen anderen Geschlechts ohne Partnerschaft kann damit schon naturgemäß so ohne weiteres nicht gegeben sein. Für eine Diagnostik wäre demnach in der Regel zunächst allein ein Kinderwunsch maßgeblich, der jedoch keine medizinische Indikation darstellt. Ein leistungsauslösender Tatbestand ohne medizinischen Hintergrund ist jedoch nicht Aufgabe der GKV.

Weiterhin wird die Aufnahme der Sterilisation in die Leistungspflicht der GKV gefordert, welche mit dem GMG eingeschränkt wurde. In der Gesetzesbegründung zum GMG heißt es hierzu, dass die Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden, da diese in erster Linie zur persönlichen Lebensplanung der Versicherten gehören (BT-Drs. 15/1525 vom 08.09.2003, S. 82). Bei der Frage, Versicherten ein Recht auf reproduktive Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung durch die Finanzierung von Sterilisationsmaßnahmen ohne medizinische Indikation – quasi als Substitut für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel – einzuräumen, handelt es sich ebenfalls nicht um eine spezifisch krankenversicherungsrechtliche, sondern um eine gesellschaftspolitische Frage. Zu berücksichtigen ist, dass selbst im Rahmen einer Krankenbehandlung ein Anspruch auf sog. mittelbare Behandlung zu Lasten der GKV nur bei besonderer Rechtfertigung besteht; soll dabei etwa durch eine Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verändert werden, müssen die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie gegeneinander abgewogen werden. Maßgeblich ist insoweit die Erforderlichkeit der Behandlung. Auch eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation im Sinne von § 24b Abs. 1 Satz 1 SGB V kann nur zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen, wenn die Sterilisation im Einzelfall erforderlich ist, um von der versicherten Person die durch eine Befruchtung, Schwangerschaft oder Geburt entstehende Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung ihres körperlichen oder ihres geistig-seelischen Gesundheitszustandes abzuwenden. Von daher würde eine Erweiterung der Leistungspflicht der GKV um operative Eingriffe, die allein Zwecken der Familienplanung dienen, also medizinisch nicht erforderlich sind, elementaren Grundsätzen der GKV widersprechen.

Unabhängig von der konkreten Höhe der jährlichen Ausgaben für Leistungen nach § 27a SGB V und § 24b SGB V sei der Hinweis erlaubt, bei jedweder Ausweitung dieser Leistungen auch die Angemessenheit der seitens des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen gezahlten Bundesbeteiligung nach § 221 SGB V zu überprüfen. Da Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nicht als Behandlung einer Krankheit angesehen, sondern nur den für Krankheiten geltenden Regelungen des SGB V unterstellt wurden

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.10.2020
zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gesundheitsversorgung für alle sichern“
vom 28.11.2018
Seite 10 von 19

(BT-Drs. 11/6760 vom 21.03.1990) und somit ein eigenständiger Versicherungsfall vorliegt (BVerfG, Urteil vom 28.02.2007 –1 BvL 5/03 – juris, RdNr. 34; stellvertretend BSG, Urteil vom 03.04.2001 – B 1 KR 40/00 R – juris, RdNr. 13 ff.), geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass es sich bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nicht um klassische Leistungen der Krankenbehandlung und damit um typische Versicherungsleistungen im Krankheitsfall handelt. Vielmehr sind diese Ausgaben – ähnlich den Ausgaben für Empfängnisverhütung nach § 24a SGB V oder für Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation nach § 24b SGB V – der Gruppe der versicherungsfremden Leistungen zuzurechnnen.

Nr. 1. d)

A) Antragsgegenstand

Mit ihrem Antrag fordert die Fraktion DIE LINKE weiterhin, die ärztliche Todesfeststellung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzunehmen. Die gemeinsame Selbstverwaltung solle beauftragt werden, das Nähere zur Einbeziehung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu regeln. Zur Begründung wird die Entlastung der Hinterbliebenen ausgeführt, sowohl in organisatorischer als auch finanzieller Hinsicht aber auch durch die Übernahme der Rechnungsprüfung durch die GKV.

Nach geltendem Recht ist die Feststellung des Todes eines Versicherten keine Leistung der GKV und war es auch nicht vor Einführung des GMG. Nach den gesetzlichen Vorgaben erlischt der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit nichts Abweichendes gesetzlich bestimmt ist (vgl. § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Mitgliedschaft endet mit dem Tod des Mitglieds (vgl. § 189 Abs. 2 Satz 2 SGB V für Rentenantragsteller, § 190 Abs. 1 SGB V für Versicherungspflichtige, § 191 Nr. 1 SGB V für freiwillige Mitglieder). Die Familienversicherung nach § 10 SGB V endet entsprechend mit dem Tod der oder des Familienversicherten. Da der Gesetzgeber für die Krankenversicherung im SGB V nichts Abweichendes geregelt hat, zählt die ärztliche Feststellung des Todes damit nicht zu den Leistungen der GKV. Dies steht auch im Einklang mit der grundlegenden gesetzlichen Aufgabenbestimmung der GKV, wonach es Aufgabe der Solidargemeinschaft ist, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern (§ 1 Satz 1 SGB V).

In Entsprechung der gesetzlichen Vorgaben ist die Ausstellung von Leichenschauscheinen auch ausdrücklich aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen (vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Die Abrechnung der ärztlichen Todesfeststellung erfolgt damit ausschließlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

B) Stellungnahme

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes entspricht es der Systematik der GKV und der bisher vom Gesetzgeber seit Langem definierten grundlegenden Aufgabenbestimmung der GKV, dass die ärztliche Todesfeststellung und Ausstellung eines Toten- bzw. Leichenschauscheins keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen darstellen. Dies gilt insbesondere mit Blick darauf, dass die ärztliche Leichenschau mit der Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes, der Todesart und der Todesursache primär krankenversicherungsfremde Zwecke erfüllt, etwa die Schaffung von Rechtssicherheit im Zivilrecht und öffentlichen Recht,

die Prüfung der Einleitung von Ermittlungen der Strafverfolgung, die Erfüllung von Meldepflichten zum Infektionsschutz oder die Schaffung einer validen Grundlage für die staatliche Todesursachenstatistik. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Regelungen zur Leichenschau und deren Kostentragung Bestandteil der unterschiedlichen Landesgesetze im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz der Länder für das Bestattungswesen sind. Diese sehen zum Teil vor, dass bei Sterbefällen in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, zu deren Aufgaben auch die ärztliche Betreuung der aufgenommenen Personen gehört, keine besondere Vergütung für die Leichenschau und die Ausstellung der Todesbescheinigung verlangt werden darf.

Wenngleich die Todesfeststellung ausschließlich durch approbierte Ärztinnen und Ärzte erfolgen darf und vielfach in einem engen zeitlichen Kontext mit zuvor erbrachten Leistungen der Krankenversicherung erfolgen wird, unterscheiden sich – wie zuvor dargestellt – Inhalt, Handlungsrahmen und Zweckbestimmung der Leichenschau wesentlich von der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Krankenbehandlung. Es ist daher fraglich, ob Regelungen zur näheren Ausgestaltung der Leichenschau und zur Ausstellung des Totenscheines, etwa Vorgaben für die Einbeziehung der Strafverfolgungsbehörden, die unweigerlich bei der Erweiterung der vertragsärztlichen Leistungen nach § 73 SGB V oder der Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V erforderlich würden unter die Sozialversicherung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG fallen und damit von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes erfasst wären.

Sofern eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes gesehen wird und die Aufnahme der Leistung der ärztlichen Todesfeststellung und Ausstellung des Totenscheines in den Leistungskatalog der GKV gesetzgeberisch gewollt ist, wären nach Sterbeort differenzierte Leistungsansprüche – entsprechend den oben dargestellten Regelungen in einigen Ländern – schwerlich zu rechtfertigen. Von daher müssten solche Leistungs- und daraus resultierende Vergütungsansprüche sowohl in die Vergütungskalkulationen für Krankenhausleistungen als auch in die Vergütungsregelungen des EBM für vertragsärztliche Leistungen einfließen. Die Hinterbliebenen wären damit – im Unterschied zur Anwendung des Kostenerstattungsverfahrens der privaten Versicherungswirtschaft – von der Rechnungsprüfung und Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Leistungserbringer freigestellt.

Eine solche GKV-Leistung würde dazu führen, dass im Krankenversicherungsrecht wesensfremde Leistungsinhalte und Verfahrensregelungen vorzusehen wären. Anknüpfend an die aktuellen landesrechtlichen Regelungen ginge es hierbei um folgende Bereiche:

- Zielsetzung, Inhalt und Zeitpunkt der Leichenschau,

- Vorgehen des Arztes bei Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod (z.B. Einbezug von Polizei und Staatsanwaltschaft, Vorkehrungen am Ort, an dem der Tod eingetreten ist, vertrauliche Dokumentation für die Polizeibehörde),
- Kennzeichnung der Leiche bei meldepflichtigen oder gefährlichen übertragbaren Krankheiten, die durch den Umgang mit der Leiche weiterverbreitet werden können,
- Zugangsrecht des Arztes zu dem Ort, an dem sich die Leiche befindet sowie
- Inhalt, Weitergabe und Auskunftspflichten im Zusammenhang mit der Ausstellung der Todesbescheinigung.

Da die ärztliche Leistung zur Feststellung des Todes eines Versicherten nicht zu den originären Leistungen der GKV, insbesondere Krankenbehandlung, zählt, wäre sie der Gruppe der versicherungsfremden Leistungen zuzurechnen. Dies wäre entsprechend bei der pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen gezahlten Bundesbeteiligung nach § 221 SGB V zu berücksichtigen.

Nr. 1. e)

A) Antragsgegenstand

Zu den Leistungen der GKV gehört unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen auch die Übernahme von Fahrkosten zu stationären und ambulanten Leistungen der Krankenkassen.

Nachdem die bis zum 31.12.2003 geltende Rechtslage noch die Übernahme von Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen durch die Krankenkasse ohne das Vorliegen eines besonderen Therapieschemas oder einer Mobilitätsbeeinträchtigung im Rahmen der Regelungen zu den §§ 61 bzw. 62 SGB V bei finanziell unzumutbarer Belastung vorsah, hatte die zum 01.01.2004 mit dem GMG erfolgte Leistungseinschränkung eine Reduzierung der Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen zum Ziel. Krankenkassen dürfen seither nur noch Fahrkosten zu Leistungen der Krankenkassen übernehmen, wenn sie aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind.

Wie auch schon vor Inkrafttreten des GMG werden in § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V zwei Ausnahmefälle für die Übernahme von Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen geregelt. Danach besteht ein Anspruch, wenn eine Fahrt im Krankentransportwagen erforderlich ist und die Krankenkasse die Kostenübernahme vor Fahrtantritt genehmigt (Nr. 3) sowie für Fahrten zu vor- und nachstationären Behandlungen nach § 115a SGB V oder stationsersetzen ambulanten Operationen nach § 115b SGB V, wenn dadurch eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist (Nr. 4).

Darüber hinaus ist eine Übernahme der Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen seit 2004 nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie, KT-RL) festgelegt hat, vorgesehen. Eine Verordnung und Genehmigung von Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen ist danach in folgenden Fallgestaltungen möglich, wenn Versicherte nach einem Therapieschema mit einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum behandelt werden und die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf die Versicherten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist (z. B. Fahrten zu einer Dialysebehandlung, § 8 Abs. 2 KT-RL).

Versicherte im Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (Blindheit) oder "H" (Hilfsbedürftigkeit), eines Einstufungsbescheids gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3 (mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung), 4 oder 5 sind oder sie bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und ab 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 eingestuft sind (§ 8 Abs. 3 KT-RL); die Genehmigung für Krankenfahrten gilt nach § 60 Abs. 1 Satz 5 SGB V als erteilt.

Versicherte keinen Nachweis nach Nr. 2 besitzen, jedoch von einer der genannten Kriterien vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und sie einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen (§ 8 Abs. 4 KT-RL).

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE sieht vor, dass Fahrkosten in allen Fällen von den Krankenkassen übernommen werden sollen, in denen Fahrten im Zusammenhang mit Leistungen der Krankenkassen notwendig sind. In der Begründung führt die Fraktion DIE LINKE aus, dass durch die mit dem GMG zum 01.01.2004 eingeführte Beschränkung auf wenige Ausnahmefälle der Fahrkostenübernahme zur ambulanten Behandlung nicht mobile Versicherte von medizinisch notwendigen Behandlungen ausgeschlossen werden. Um dies zu verhindern soll laut Begründung zum Antrag eine Fahrkostenübernahme erfolgen, wenn ansonsten keine Möglichkeit besteht, die Behandlung durchzuführen oder wenn persönliche Härten entstünden.

B) Stellungnahme

Eine generelle Übernahme von Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen in finanziellen Härtefällen wurde durch das GMG seit 2004 ausgeschlossen. Seitdem besteht neben den in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V vorgegebenen – sogenannten privilegierten – Beförderungsfällen ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme zu ambulanten Behandlungen durch die GKV nur in besonderen Ausnahmefällen, die in der KT-RL des G-BA festgelegt sind. Die bisherigen Ausnahmefälle stellen auf einen regelmäßigen und langfristigen Bedarf an ärztlicher Behandlung sowie entweder auf die Vermeidung von Schaden an Leib und Leben durch die Beförderung oder auf eine längerfristige bzw. dauerhaft vorliegende Mobilitätsbeeinträchtigung von Versicherten ab (siehe unter Ziffer I. „Antragsgegenstand“, zu Punkt 1.e)). Damit ist ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme für temporär mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte zu nicht längerfristigen – ggf. nur einmaligen – ambulanten Behandlungen ausgeschlossen.

Die gesetzlichen Vorgaben des § 60 SGB V sowie der KT-RL wurden mehrfach durch höchstrichterliche Rechtsprechungen bestätigt. So wurden u.a. laut BSG-Urteil vom 26.09.2006 – B 1 KR 20/05 R – nach der Änderung des § 60 SGB V durch das GMG die Ausnahmeregelungen für Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen in der KT-RL gesetzeskonform konkretisiert und sind nicht aufgrund ranghöheren Rechts erweiternd auszulegen. Finanzielle Gründe sollen lt. BSG seit der Gesetzesänderung nicht mehr zu einer Übernahme der Fahrkosten führen.

Gemäß dem Antrag der Fraktion DIE LINKE würde auch Personen ein Anspruch auf Fahrkosten eingeräumt werden, bei denen eine zwingende medizinische Notwendigkeit für eine Beförderung nicht vorliegt. Der GKV-Spitzenverband weist daher daraufhin, dass ggf. mit der Erweiterung des Fahrkostenanspruchs wie im Antrag der Fraktion DIE LINKE vorgesehen, die bisherige Systematik bezüglich eines regelhaft geforderten längerfristigen Behandlungsbedarfs und eines Unterstützungsbedarfs durch eine Beförderung aufgelöst wird.

Die im Antrag der Fraktion DIE LINKE genannten Kriterien, wonach ein Fahrkostenanspruch zu ambulanten Behandlungen bestehen soll, wenn es sonst keine Möglichkeit gibt, die Behandlung durchzuführen oder wenn persönliche Härten entstünden, scheinen zudem schwer abgrenzbar, da beide Anspruchskriterien im Antrag und der dazugehörigen Begründung nicht näher definiert werden.

Nr. 2

A) Antragsgegenstand

Alle Asylsuchenden sollen in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Zur Frage der gesundheitlichen Absicherung von Asylsuchenden in Deutschland hat sich der GKV-SV ausführlich in seiner Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 08.06.2016 zu Anträgen der Fraktionen DIE LINKE („Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern“, Drucksache 18/7413) sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN („Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern“, Drucksache 18/6067) geäußert. Insofern wird hier auf die entsprechende Ausschussdrucksache 18(14)0180(3) verwiesen. In Kürze gilt das Folgende:

Asylsuchende sind in Deutschland grundsätzlich nicht gesetzlich krankenversichert. Seit seiner Einführung im Jahr 1993 regelt das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Art und Höhe der Sozialleistungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie für weitere durch das Ausländerrecht definierte Personenkreise, etwa für Geduldete oder Bürgerkriegsflüchtlinge. Die Leistungen des AsylbLG werden seither anstelle der allgemeinen Leistungen der Sozialhilfe gewährt, wobei in Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer und -status in Deutschland unterschiedliche Leistungsniveaus definiert sind. Zu den Sozialleistungen des AsylbLG zählen auch Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (§ 4 AsylbLG). Der Anspruch nach § 4 AsylbLG umfasst, verkürzt dargestellt, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln. § 6 AsylbLG sieht ergänzend hierzu vor, dass auch „sonstige Leistungen“ gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist. Zuständig für die Umsetzung der Leistungsansprüche sind die Länder bzw. die von ihnen per Landesgesetz bestimmten Behörden.

Nach einer sogenannten Wartezeit von 18 Monaten, in der sich die Asylsuchenden ohne wesentliche Unterbrechung rechtmäßig im Bundesgebiet aufgehalten haben, werden sie nach § 264 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 2 AsylbLG auftragsweise von den gesetzlichen Krankenkassen betreut. Sie erhalten dann wie gesetzlich Versicherte eine elektronische Gesund-

heitskarte, mit der Sie nahezu dieselben Leistungen erhalten wie GKV-Versicherte. Die Krankenkassen erhalten die Aufwendungen vollständig inklusive eines Verwaltungskostenanteils von den Trägern des AsylbLG erstattet.

Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Betreuung besteht nach § 264 Abs. 1 SGB V noch die Möglichkeit einer auftragsweisen Betreuung durch die Krankenkassen auch innerhalb der Wartezeit. Hierfür müssen entsprechende Vereinbarungen zwischen den Ländern und den Krankenkassen getroffen werden. Nach diesseitiger Kenntnis wurden hierzu Landesvereinbarungen geschlossen in den Ländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.

Zum Stichtag 1. September 2020 wurden nach der amtlichen Statistik der GKV insgesamt 183.279 Leistungsempfänger nach dem AsylbLG über die gesetzliche Krankenversicherung gegen Kostenerstattung betreut (betreute nach § 264 Absatz 1 und 2 SGB V); im Jahr 2019 waren es im Jahresmittel rd. 197 Tsd. im Monat.

Insgesamt ist festzustellen, dass weiterhin kein einheitlicher Zugang zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung für Asylsuchende in Deutschland besteht und in Anbetracht der bestehenden gesetzlichen Vorgaben und der föderalen Rahmenbedingungen auch nicht erreicht werden kann.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes haben die nach Deutschland geflüchteten Menschen Anspruch auf eine angemessene gesundheitliche Versorgung. Es liegt in gesamtstaatlicher Verantwortung, ihnen bundesweit den gleichen Zugang zu den erforderlichen Leistungen zu gewähren. Entsprechend hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bereits im September 2015 an Bund, Länder und Kommunen appelliert, eine bundesweit geltende Regelung herbeizuführen, die eine einheitliche und angemessene medizinische Versorgung von Asylsuchenden ermöglicht.

Der vorliegende Antrag der Fraktion DIE LINKE zielt auf die Einbeziehung der Asylsuchenden in die Krankenversicherungspflicht. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes liegt es in der Gestaltungshoheit des Gesetzgebers, den Personenkreis der gesetzlich Versicherten sowie der von den Krankenkassen auftragsweise Betreuten zu bestimmen. Zugleich liegt es im Ermessen des Gesetzgebers, die für die nach Deutschland geflüchteten Menschen erforderlichen Leistungen im Krankheitsfall zu bestimmen. Entscheidend ist aus Sicht der GKV, dass ein bundesweit einheitlicher Zugang zu den medizinisch erforderlichen Leistungen sichergestellt wird. Sowohl die Ausweitung der auftragsweise zu betreuenden Personen nach § 264 SGB V als auch die Einbeziehung der Leistungsempfänger nach dem AsylbLG in die Regelun-

gen über die Versicherungspflicht sind mögliche gesetzliche Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels. Im Falle der von der LINKEN vorgeschlagenen Schaffung eines Versicherungspflichttatbestandes im Fünften Buch Sozialgesetzbuch ist aus der Perspektive der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten darauf hinzuweisen, dass mit einer (ebenfalls bereits vorgeschlagenen) Übernahme der beitragsrechtlichen Regelungen, die gegenwärtig für Arbeitslosengeld II-Beziehende gelten, eine weitere unsachgemäße Lastverschiebung vom Bund bzw. von den gegenwärtig für die Ausführung des AsylbLG zuständigen Ländern auf die GKV verbunden wäre. Die Schaffung eines Versicherungspflichttatbestandes erforderte insoweit zwingend die parallele Schaffung einer angemessenen beitragsrechtlichen Regelung, wie diese seitens des GKV-SV auch für die gesetzlich pflichtversicherten ALG II-Beziehenden (bisher erfolglos) eingefordert wird.