

Stellungnahme zum Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.06.2008 B 1 KR 24/07 R

Vorbemerkung

Der Umgang einiger privater Versicherer mit Kinderwunschpatienten hat sich in den letzten Monaten deutlich verschärft und zu noch mehr Verunsicherung der Paare geführt. Aber die Verunsicherung belastet nicht nur die Paare, sondern erschwert auch die positive Arzt-Patientenbeziehung und eine korrekte Abrechnung erbrachter Leistungen. Insbesondere die am 17.6.2008 gefällte Entscheidung des Bundessozialgerichts wird von den privaten Versicherern als Argument gegen eine vollständige Kostenübernahme herangezogen. Um Licht ins Dunkel zu bringen, hat der BRZ Rechtsanwalt Holger Eberlein (Berlin) um eine Stellungnahme gebeten. Dank geht an RA Eberlein und Dr. Hilland, die die Auswirkungen der Entscheidung des BSG auf sowohl GKV- als auch PKV- bzw. gemischt versicherte und beihilfeversicherte Paare ergründet haben.

Stellungnahme

In der vorgenannten Entscheidung handelt es sich um ein Klageverfahren einer gesetzlich krankenversicherten Frau gegen ihre gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf Leistungen für eine durchgeführte künstliche Befruchtung. Die GKV hatte die Leistungserbringung abgelehnt und unter unterschiedlichen Gesichtspunkten auf die Leistungsverpflichtung bzw. auch Leistungserbringung der privaten Krankenversicherung (PKV) des Ehemannes verwiesen.

Das BSG hat die GKV zur Zahlung verurteilt und dargelegt, dass den Eheleuten in Mischversicherungsverhältnissen ein Wahlrecht zustünde, welche Versicherung sie in Anspruch nehmen wollen. Lediglich bei 100%iger bedingungsfreier Leistung eines der beiden Krankenversicherer würde die den gleichen Bereich betreffende Schuld des anderen erlöschen.

Festzustellen ist zu diesem Urteil zunächst, dass es das Rechtsverhältnis eines gesetzlich Krankenversicherten zu seiner GKV betrifft. Mangels Zuständigkeit greift es nicht in das Rechtsverhältnis des Privatversicherten zu seiner PKV ein oder in das Rechtsverhältnis des Arztes zum Privatversicherten.

Weiterhin werden in dem Urteil keine neuen Rechtsgrundsätze aufgestellt. Das Urteil gibt lediglich die auch bereits vorher bestehende Rechtslage wieder.

Sowohl für den Bereich der PKV wie auch für den Bereich der GKV ist durch die jeweiligen Bundesgerichte festgestellt worden, dass eine in Anspruch genommene Versicherung Leistungen nicht mit der Begründung ablehnen darf, dass auch die andere Versicherung des Paares leistungspflichtig ist.

Auch bisher versuchen private Krankenversicherungen eine Beratung des Patienten dahingehend durchzuführen, dass auch eine beteiligte gesetzliche Krankenversicherung „mit ins Boot“ geholt werden soll. Eine Verpflichtung des Paares, dieses zu tun, gibt es gleichwohl nicht. Wie bisher schließt ein

Privatversicherter einen Behandlungsvertrag für die durch seine Erkrankung verursachte Gesamtbehandlung ab. Wie bisher ist diese Gesamtbehandlung nach GOÄ abzurechnen und gegenüber dem Privatversicherten vollständig geltend zu machen, da zivilrechtlich, also gegenüber einer privaten Krankenversicherung, die Behandlung als Gesamtbehandlung gilt und nicht in unterschiedliche Behandlungsteile aufgliedert wird.

Zu unterscheiden sind bei der Betrachtung im Wesentlichen zwei unterschiedliche Fallgruppen mit den jeweiligen Unterfällen:

1. Als **erste Fallgruppe** sind hier all diejenigen Behandlungssituationen zu nennen, in denen der Privatversicherte für die Gesamtbehandlung tariflichen Versicherungsschutz genießt. Typische Unterfallkonstellation ist z.B. die gesetzliche versicherte Frau und der 100%ig privat versicherte erkrankte Mann oder aber auch die erkrankte privat versicherte Frau und der gesunde gesetzlich krankenversicherte Mann. Wesentlich ist hier, dass der jeweils privat versicherte Partner erkrankt ist, 100%igen Versicherungsschutz abgeschlossen hat und keine über die Erkrankung des Privatversicherten hinausgehenden weiteren Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden.

In all diesen Fällen ist die PKV zur umfangreichen vollständigen Kostenerstattung verpflichtet, so dass es grundsätzlich keine Veranlassung gibt, eine zweite Front zu eröffnen und die GKV überhaupt „ins Boot“ zu holen. Dieses kann dem Paar auch in der Regel hinreichend erklärt werden.

Sollte das Paar trotzdem aus Gerechtigkeitsgefühlen, oder weil es von der PKV falsch beraten ist, darauf bestehen, die GKV in Anspruch zu nehmen, besteht nach wie vor die vertragsärztliche Verpflichtung, die Leistungsvoraussetzungen zu schaffen, d.h. einen entsprechenden Antrag vor Behandlungsbeginn bei der GKV zu stellen. Aufgrund der Abrechnungsproblematiken kann dieser nach wie vor nur unter analoger Anwendung der GOÄ gestellt werden. Im Übrigen ändert ein solcher Antrag nichts an der vollständigen Abrechnung der Behandlung gegenüber dem Privatversicherten. Das Paar mag sich dann, wie auch im Fall des obigen Urteils, mit den beiden Versicherern auseinandersetzen.

2. Die **zweite Fallkonstellation** betrifft all diejenigen Fälle, in denen, aus welchen Gründen auch immer, die Leistungspflichten der PKV nicht die Gesamtbehandlungskosten abdecken. Die typischste Fallkonstellation ist hier, dass der Privatversicherte z.B. beihilfeberechtigt ist, aber z.B. auch die Situation einer erkrankten privat versicherten Frau und eines ebenfalls erkrankten gesetzlich versicherten Mannes. In all diesen Fällen kommt es für das Paar zu Leistungsausfällen. Wie bisher auch erübrigt sich in dieser Fallkonstellation generell die Diskussion, ob die GKV in Anspruch zu nehmen ist oder nicht (sie ist es immer). Zu unterscheiden ist hier aber die Frage der generellen Inanspruchnahmemöglichkeit (aus Sicht des Paares) und Abrechnungsfragen. Primäres Ziel ist es, die formellen Leistungsvoraussetzungen zu schaffen, d.h. vor Beginn der Behandlung den entsprechenden Antrag bei der GKV zu stellen. In der insoweit häufigsten Fallkonstellation der ICSI bei erkranktem privat versicherten

Mann mit 50% Beihilfe und gesetzlich krankenversicherter Frau soll hier zur besseren Veranschaulichung die Leistungssituation für das Patientenpaar noch einmal erläutert werden.

- Die **PKV** muss 50% der Gesamtbehandlungskosten erstatten.
- Für die **Beihilfe** gelten dieselben Regelungen wie für die GKV, wobei oftmals zwischen Bundes- und Landesbeamten noch unterschieden werden muss. Zu beachten ist aber die Dreiteilung der Behandlung und die 50%ige Eigenbeteiligung. Im vorliegenden Fall erhält der Mann 50% des beihilfefähigen Betrages für die an seinem Körper durchgeführten Behandlungsmaßnahmen und 50% des beihilfefähigen Betrages für die extrakorporalen Maßnahmen - aufgrund der Eigenbeteiligung also 25% der tatsächlich in Rechnung gestellten Behandlungskosten bezogen auf die entsprechenden Behandlungsteile. Er erhält keine Leistungen auf die am Körper seiner Frau durchgeführten Behandlungsmaßnahmen inklusive Medikamenten.
Bezogen auf die Gesamtbehandlungskosten stellt sich die Erstattungslage des Mannes daher in Höhe von 50% der IVF- und Medikamentenkosten und 75% der ICSI-Kosten dar.
- Die **gesetzliche Krankenversicherung der Ehefrau** muss daher unter Berücksichtigung der 50%igen Eigenbeteiligung Leistungen erbringen für den IVF- und Medikamentenanteil sowie ebenfalls noch einmal für die extrakorporalen Maßnahmen. Aufgrund der von den Leistungsträgern des Mannes zu erbringenden Leistungen und der Komplexziffern des EBM ist eine Leistungserbringung im Rahmen der Sachleistung, also **Abrechnung über Chipkarte nicht möglich**. Der Leistungsantrag ist für das Paar analog nach GOÄ zu stellen. Die tatsächliche Abrechnungssituation ist gerichtlich nicht entschieden. Die meisten gesetzlichen Krankenversicherer gehen von der Sachleistung zur Kostenerstattung nach § 13 SGB V über, allerdings entweder zum einfachen GOÄ-Satz oder unter analoger Berechnung der EBM-Sätze.

Auch in diesem Fall ist wesentlich, dass aus Sicht des behandelnden Arztes die Grundlage geschaffen wird, dass der Patient überhaupt Leistungen erhalten kann, also dass ein entsprechender Antrag gestellt wird und nach Möglichkeit die Bescheidung abgewartet wird. Auf der anderen Seite ist auch hier **vollständig nach GOÄ** gegenüber dem privat versicherten Patiententeil abzurechnen.

Berlin, Januar 2009