

Horst Marburger

WALHALLA

Ihre Rechte gegenüber Ärzten, Kliniken, Apotheken und Krankenkassen

Patientenrechte von A–Z

3., aktualisierte Auflage

eBOOK



Leistungsverbesserungen durch das
Terminservice- und Versorgungsgesetz

[Wissen für die Praxis]

der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat.

Durch diese Richtlinien wird nämlich – so das LSG – nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zulasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch sie auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt. „Neu“ ist eine Methode, wenn sie – wie die USPIO-MRT – nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen enthalten ist. Eine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses lag im Untersuchungszeitpunkt bei dem vom LSG Hessen zu entscheidenden Fall nicht vor.

Das Gericht hielt den vom klagenden Versicherten geltend gemachten Behandlungserfolg in diesem Zusammenhang für unerheblich. Diagnostik und Therapie müssen wissenschaftlich anerkannt sein, um den Einschränkungen des [§ 2 Abs. 1](#) und des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) zu genügen.

Einen Ausnahmefall, in dem es keiner positiven Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses bedarf, oder ein Systemversagen wegen verzögerter Bearbeitung eines Antrages auf Empfehlung einer neuen Methode, hält das LSG Hessen nicht für gegeben.

Kein Ausnahmefall im Sinne des „Nikolausbeschlusses“

Das LSG beschäftigte sich auch mit der Anwendbarkeit des sogenannten Nikolausbeschlusses des Bundesverfassungsgerichts auf den vorliegenden Fall. [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) kann auf den vorliegenden Fall nicht angewandt werden, da die Vorschrift erst seit 01.01.2012 gilt. Das LSG führte aus, dass aufgrund des Beschlusses Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der begehrten Leistung ausnahmsweise bejaht werden müssen, obwohl die Behandlungsmethode an sich von der Versorgung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist. Die verfassungskonforme Auslegung setzt voraus, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt (vgl. dazu die obigen Ausführungen).

Nach der Auffassung des LSG kann im vorliegenden Fall offen bleiben, ob die vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Grundsätze nicht nur bei der Behandlung einer Erkrankung, sondern auch bei der reinen Diagnostik gelten. Jedenfalls seit Geltung des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) sei davon auszugehen, dass die dort enthaltenen Grundsätze sich auch auf die Diagnostik beziehen.

Die Voraussetzungen für eine derartige Leistungserweiterung waren allerdings im zu

entscheidenden Fall nicht gegeben – so das LSG Hessen in seiner Entscheidung. Zwar lag bei dem klagenden Versicherten ein Prostatakarzinom im Stadium 7 nach Gleason vor (Gleason-Klassifikation 2 = wenig, 10 = stark maligne), so dass von einer lebensbedrohlichen Erkrankung ausgegangen werden konnte.

Laut vorliegendem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (vgl. [Seite 28](#)) standen für die Erkrankung des Versicherten jedoch allgemein anerkannte medizinische Standards und damit entsprechende zumutbare Alternativen in der Behandlung (Prostatektomie, Radiatio, Hormontherapie) und in der Diagnostik (MRT, Ultraschall, Biopsie, CT) zur Verfügung.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von Verfassungen wegen gehalten, alles zu leisten, was als Mittel zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist. Das Argument des Versicherten, er habe durch die unstreitig spezifizierte Diagnostik eine schonende Behandlung erhalten, führt nach Ansicht des LSG Hessen deshalb nicht zu einer Erweiterung des Leistungsspektrums.

Der Maßstab für die Leistungspflicht nach dem SGB V bestehe nämlich nicht in der Gewährleistung von „Spitzenmedizin um jeden Preis“ bis an ihre medizinischen Grenzen, sondern habe sich stets an den zentralen Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit nach §§ [2](#), [12](#) SGB V zu orientieren.

Nur wenn schulmedizinische Behandlungsmethoden fehlen oder wegen Besonderheiten im Einzelfall nicht zugemutet werden können, komme eine Leistungserweiterung in Betracht. Dafür bestünden im vorliegenden Fall allerdings keine Anhaltspunkte, da gerade nicht aufgrund von konkreten Gegebenheiten in der gesundheitlichen Situation des Klägers eine Unzumutbarkeit der Behandlungsmethode behauptet wurde.

Diese Entscheidung zeigt, dass sowohl der Nikolausbeschluss des Bundesverfassungsgerichts als auch die Vorschrift des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) auslegungsfähig sind. Zurzeit besteht keine absolute Rechtsklarheit für die verschiedenen Variationen von Fällen, die es hier gibt und die es noch geben wird. Insbesondere sollte der Begriff der lebensbedrohlichen oder vergleichbaren Krankheit näher definiert werden. Hierzu ist in erster Linie der Gesetzgeber aufgefordert. Allerdings wäre es der Praxis auch sehr dienlich, wenn entsprechende Regelungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss getroffen werden würden.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Nahezu jeder Krankenversicherte hat schon einmal mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu tun gehabt. Oftmals wird noch der früher maßgebende Begriff „Vertrauensarzt“ benutzt. Dabei wird der MDK meist nur als Kontrollfunktion gesehen. Das ist er aber bei weitem nicht. Vielmehr hat er zahlreiche Aufgaben zu erfüllen, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Gesundheit der Krankenversicherten stehen. Er ist heute zu einer Einrichtung geworden, die zahlreiche Impulse gibt und deshalb – im positiven Sinn – sehr bedeutungsvoll für die versicherten Personen geworden ist.

In jedem Bundesland ist eine von den Krankenkassen gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet worden. Die Aufgaben und die Organisation des MDK sind in den §§ [275](#) bis [283](#) SGB V beschrieben.

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind die gesetzlichen Krankenkassen, also die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Landwirtschaftliche Krankenkasse und die Ersatzkassen ([§ 278 Abs. 2 SGB V](#)). Private Krankenkassen sind nicht Mitglied. Für sie gelten besondere Regelungen.

Die Fachaufgaben des MDK werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen ([§ 279 Abs. 5 SGB V](#)).

Aufgaben auf Bundesebene

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat 2009 einen „MDK“ auf Bundesebene gebildet ([§ 282 Abs. 1 SGB V](#)) – den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Der MDS berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu allen medizinischen Fragen, die in den Aufgabenbereich des Spitzenverbandes fallen ([§ 282 Abs. 2 SGB V](#)). Er koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der MDKs in medizinischen und organisatorischen Fragen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDS. Diese Richtlinien dienen der Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und enthalten Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung. Im Übrigen kann der Spitzenverband Bund Empfehlungen abgeben. Die MDKs haben den MDS bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.

Der MDS untersteht der Aufsicht des Bundesgesundheitsministeriums.

Aufgaben des MDK

Die wesentlichen Aufgaben des MDK bestehen in Begutachtung und Beratung.

Einzelheiten ergeben sich aus [§ 275 SGB V](#). Nach Absatz 1 dieser Vorschrift sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

Beispiel:

Die Mitarbeiter der Krankenkassen müssen entscheiden, ob die Voraussetzungen zur Leistungsbewilligung gegeben sind. Insbesondere in schwierigen Fällen – wie etwa im Stichwort „Lebensbedrohliche Krankheit“ beschrieben (vgl. [Seite 19](#), Nikolausbeschluss) – sind sie als Nichtmediziner oft überfordert. Hier springt der MDK mit seiner Fachkompetenz ein. Im Zusammenhang mit dem Nikolausbeschluss des Bundesverfassungsgerichts hat der MDS eine Begutachtungsanleitung entwickelt. Hier werden die einzelnen Schritte beschrieben, die vom Arzt des MDK zu beachten sind. Als Ergebnis seiner Begutachtung empfiehlt der MDK die betroffene Maßnahme oder er teilt der Krankenkasse mit, dass sie sozialmedizinisch nicht zu empfehlen sei. Die Krankenkasse hat aufgrund der Begutachtung und deren Ergebnisse zu prüfen, ob die Leistung zu gewähren ist oder nicht. Im Regelfall wird sie der Empfehlung des MDK folgen.

Die Verpflichtung zur gutachterlichen Stellungnahme bei Erbringung von Leistungen besteht insbesondere hinsichtlich der Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung. Diese Voraussetzung kann bei allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zutreffen, auch bei Heil- oder Hilfsmitteln.

Ein Hauptfall, in dem der MDK tätig wird, ist die Erstellung eines Gutachtens im Fall der Arbeitsunfähigkeit, mit dem der Behandlungserfolg, insbesondere durch Einleitung von Maßnahmen für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, sichergestellt werden soll. Auch zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit kann eine Stellungnahme vom MDK eingeholt werden. Siehe nähere Ausführungen dazu unten.

Eine gutachterliche Stellungnahme kann auch zur Einleitung von Rehabilitationsleistungen (Notwendigkeit, Art, Umfang, Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen) sowie zur Koordinierung dieser Teilhabeleistungen und einer diesbezüglichen Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger angefordert werden (siehe §§ [19](#) bis [29](#) SGB IX). Die Stellungnahme wird im Benehmen mit dem behandelnden Arzt eingeholt.

Nach [§ 275 Abs. 2 SGB V](#) können auch stichprobenartig Stellungnahmen eingeholt werden. Das betrifft Leistungen zur Vorsorge und medizinischen Rehabilitation nach §§ [23](#), [24](#), [40](#) und [41](#) SGB V, aber auch Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Rahmen von Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahmen. Geprüft wird hier die

Notwendigkeit der Leistungen unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung.

Auslandsbehandlung

Die Krankenkassen haben eine Prüfung durch den MDK auch dann vornehmen zu lassen, wenn es um die Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland geht. Dabei ist zu prüfen, ob die Behandlung nur im Ausland möglich ist. Hier ist [§ 18 SGB V](#) zu beachten. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht. Im Übrigen kann die Krankenkasse auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.

Häusliche Krankenpflege – Zahnersatz

Der MDK prüft zudem, ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist ([§ 37 Abs. 1 SGB V](#)).

Nach [§ 37 Abs. 1 SGB V](#) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in besonderen Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen, neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte. Voraussetzung ist, dass Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder ein stationärer Aufenthalt durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall.

Allerdings kann in begründeten Ausnahmefällen die Krankenkasse einen längeren Zeitraum bewilligen. Voraussetzung ist, dass der MDK festgestellt hat, dass dies aus den oben genannten Gründen erforderlich ist.

Seit 01.01.2016 erhalten Versicherte nach [§ 37 Abs. 1a SGB V](#) an geeigneten Orten im vorstehenden Sinne wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Insbesondere erfolgt das nach:

- einem Krankenhausaufenthalt