



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0259(10)

gel. VB zur öAnhörung am 25.4.

12_Brustimplantate

19.04.2012

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2012

zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg,
Kathrin Vogler, Diana Golze, Karin Binder, Matthias W. Birkwald,
Dr. Martina Bunge, Heidrun Dittrich, Klaus Ernst, Katja Kipping,
Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Yvonne Ploetz,
Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Jörn Wunderlich,
Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

"Opfer des Brustimplantate-Skandals unterstützen - Keine
Kostenbeteiligung bei medizinischer Notwendigkeit"
vom 07.02.2012 (Bundestagsdrucksache 17/8581)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



A) Gegenstand des Antrags

Mit dem vorliegenden Antrag schlägt die Bundestagsfraktion DIE LINKE dem Deutschen Bundestag vor, die Bundesregierung aufzufordern, einen Gesetzesentwurf vorzulegen, der § 52 Abs. 2 SGB V rückwirkend per 6. Januar 2012 abschafft. Darüber hinaus solle die Bundesregierung aufgefordert werden, zu regeln bzw. auf europäischer Ebene darauf hinzuwirken, dass künftig weder die Betroffenen noch die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund von medizinisch notwendigen Folgebehandlungen von Schönheitsoperationen finanziell belastet werden.

B) Stellungnahme

Die Vorschrift des § 52 Abs. 2 SGB V sieht vor, dass Krankenkassen Versicherte, die sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen haben und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern haben.

Die Regelung wurde durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) eingeführt und ist zum 1. April 2007 in Kraft getreten. In der Gesetzesbegründung wurde in diesem Zusammenhang ausgeführt, dass durch medizinisch nicht notwendige Schönheitsoperationen, Piercings und Tätowierungen oft gravierende Gesundheitsstörungen entstünden, deren Behandlung – bis dato – durch die Krankenkassen zu finanzieren waren. Da sich Versicherte, die derartige Maßnahmen durchführen lassen, aus eigenem Entschluss gesundheitlichen Risiken aussetzen, sei es nicht sachgerecht, diese Risiken durch die Versichertengemeinschaft abzudecken. Vielmehr sollte nach Auffassung des Gesetzgebers von den betroffenen Versicherten die Übernahme von Eigenverantwortung eingefordert werden (vgl. Bundestagsdrucksache 16/3100, Begründung zu Nummer 31, Seite 108). Allerdings sah die Regelung zunächst die medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, die Tätowierung oder das Piercing lediglich im Rahmen einer beispielhaften Aufzählung mit der Konsequenz vor, dass die Vorschrift auch bei Gesundheitsschäden aufgrund anderer „medizinisch nicht indizierter Maßnahmen“ zur Anwendung kommen konnte. Als eine derartige „Maßnahme“ hätte nach dem Wortlaut des Gesetzes auch jedwedes krankheitsverursachendes Verhalten der Versicherten – wie zu viel oder zu wenig Bewegung der Versicherten (Extremsportler oder Bewegungsmuffel) oder auch Rauchen und Trinken usw. – verstanden werden können. Da eine derart weitgehende Interpretation von Seiten des Gesetzgebers aber offensichtlich nicht gewollt war, hatten die

Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrem gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-WSG vom 9. März 2007 empfohlen, den Begriff der „medizinisch nicht indizierten Maßnahme“ unter Berücksichtigung der unmittelbar in § 52 SGB V genannten Beispiele auszulegen. Im Rahmen des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) wurde die Vorschrift dann mit Wirkung vom 1. Juli 2008 dahingehend modifiziert, dass die Aufzählung der medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, der Tätowierung und des Piercings nicht mehr beispielhaft sondern abschließend im Gesetz erfolgte. Laut Gesetzesbegründung diene diese Änderung der Klarstellung, dass nur bei Folgen einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder einem Piercing eine Kostenbeteiligung der Versicherten erfolgen solle (vgl. Bundestagsdrucksache 16/7439, Begründung zu Nummer 7, Seite 96). Die bisherige maßvolle Krankenkassenpraxis wurde somit gesetzlich nachvollzogen.

Da § 52 Abs. 2 SGB V von einer Beteiligung der Versicherten in angemessener Höhe spricht und der Gesetzgeber die Höhe der Kostenbeteiligung nicht näher konkretisierte, hatten seinerzeit die Spitzenverbände der Krankenkassen allgemein anwendbare Umsetzungshinweise erarbeitet. Danach wurde den Krankenkassen empfohlen, jeden Sachverhalt nach § 52 Abs. 2 SGB V individuell – im Rahmen einer Ermessensentscheidung – zu regeln, wobei im Zusammenhang mit der Frage der Angemessenheit der Kostenbeteiligung insbesondere die Höhe der Leistungsaufwendungen, die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherten und seine Unterhaltsverpflichtungen zu berücksichtigen seien. Dabei wurde eine Beteiligung des Versicherten an den Behandlungs- und Nebenkosten in Höhe von grundsätzlich 50 % für vertretbar erachtet, soweit nicht auf Grund der der Krankenkasse bereits bekannten Verhältnisse ein anderer Prozentsatz angemessen erscheine. Sofern eine andere Entscheidung über die Höhe des Eigenanteils des Versicherten getroffen werden müsse, wurde die Bestimmung einer kalenderjährlichen (nicht behandlungsbezogenen) Zumutbarkeitsgrenze für außergewöhnliche Belastungen entsprechend § 33 Abs. 3 EStG empfohlen, wobei sich die Ermittlung des maßgeblichen Einkommens an den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt gemäß § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V orientieren solle.

Im Zusammenhang mit der Versorgung von Versicherten mit fehlerhaften Brustimplantaten durch die Firmen Poly Implant Prothèse, Rofil Medical Nederlands B.V. sowie GfE Medizintechnik GmbH wies der GKV-Spitzenverband darüber hinaus ergänzend in seiner Umsetzungsempfehlung an die Krankenkassen darauf hin, dass bei der im Einzelfall zu treffenden Ermessensentscheidung über die Festsetzung der Kostenbeteiligung zusätzlich auch zu berücksichtigen sein dürfte, dass die Verwendung der fehlerhaften Implantate nicht im Verantwortungsbereich der Versicherten lag. Eine Empfehlung, die Versicherten vollständig von der Beteiligung an den Kosten auszunehmen, war aufgrund der gesetzlichen Vorgabe, wonach die Krankenkasse die Versicherte in angemessener Hö-



he an den Kosten zu beteiligen hat, nicht möglich. In der Praxis übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die medizinisch notwendige Behandlung (hier: Explantation der fehlerhaften Brustimplantate) zunächst vollständig und fordert im Anschluss an die Behandlung einen angemessenen Kostenanteil von der Versicherten zurück. Tatsächlich lässt sich – wie von der Fraktion DIE LINKE befürchtet – nicht völlig ausschließen, dass insbesondere Versicherte mit geringem Einkommen einer medizinisch notwendigen Behandlung fernbleiben. Hinweise hierauf liegen dem GKV-Spitzenverband allerdings nicht vor. Zudem ist gerade auch die Einkommenssituation der Versicherten bei der Bestimmung des zu tragenden Kostenanteils zu berücksichtigen.

Bei den in § 52 Abs. 2 SGB V benannten Maßnahmen handelt es sich um Sachverhalte, in denen sich Versicherte gezielt einem Eingriff ohne medizinische Indikation unterziehen und damit verbundene medizinische Risiken bewusst in Kauf nehmen. Die im Antrag in Bezug genommenen Verhaltensweisen (riskante Sportarten, Fußball spielen, Tragen hochhackiger Schuhe, Motorrad fahren, Fahrrad fahren ohne Helm), sind daher mit den in § 52 Abs. 2 SGB V aufgeführten Maßnahmen auch nicht vergleichbar, da in all diesen Fällen gerade keine medizinischen Eingriffe am Körper vollzogen werden. Eine Kostenbeteiligung, wie sie gegenwärtig „nur“ im Zusammenhang mit den in der Vorschrift abschließend genannten Maßnahmen vorgesehen ist, erscheint demnach keinesfalls inkonsistent und bedeutet aufgrund der unterschiedlichen Sachverhaltsgruppen auch keinen Widerspruch zum Gleichheitsgedanken.

Im übrigen gilt nach der Rechtsprechung bereits heute, je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, umso ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient, dem dieser Eingriff angeraten wird oder den er selbst wünscht, über dessen Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen zu informieren. Das gilt in besonderem Maße für kosmetische Operationen, die nicht oder nicht in erster Linie der Heilung eines körperlichen Leidens dienen, sondern eher einem ästhetischen Bedürfnis entspringen. Der Patient muss in diesen Fällen noch mehr als bei einer medizinisch indizierten Behandlung darüber unterrichtet werden, welche gesundheitlichen Risiken den erwarteten kosmetischen Verbesserungen unmittelbar oder auch mittelbar gegenüberstehen. Zu der besonderen Verantwortung des Arztes, der eine kosmetische Operation durchführt, zählt es, seiner Patientin oder seinem Patienten das Für und Wider mit allen Konsequenzen vor Augen zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichtshofs vom 6. November 1990 – VI ZR 8/90 –, RdNr. 11, juris). Demnach gelten bereits heute sehr strenge Anforderungen an die Aufklärung von Patienten vor einer kosmetischen Operation.

Ob oder inwieweit die Vorschrift des § 52 Abs. 2 SGB V abgeschafft oder eingeschränkt werden soll, obliegt der politischen Entscheidung des Gesetzgebers. Es ist jedoch zu bedenken, dass die Streichung des § 52 Abs. 2 SGB V eine Kostenbeteiligung für alle Sachverhalte ausschließt, in denen sich Versicherte nach er-



folgt umfassender ärztlicher Aufklärung bewusst und aus eigenem Entschluss gesundheitlichen Risiken aussetzen, um bestimmte körperliche Veränderung herbeiführen zu lassen. Finanziell entlastet würden somit nicht nur Versicherte, die ein vorsätzlich vertriebenes fehlerhaftes Medizinprodukt eingesetzt bekommen haben, sondern auch Versicherte, bei denen sich durch eine Tätowierung, ein Piercing oder eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation (Hautstraffung, Fettabsaugung, Face-Lifting etc.) ein anderweitiges, ggf. auch zu erwartendes Risiko verwirklicht hat, das einen medizinischen Eingriff zu Lasten der Solidargemeinschaft erforderlich macht. Insofern könnte es sich auch anbieten, statt einer Streichung bestimmte Tatbestände in § 52 Abs. 2 SGB V zu definieren, die von einer Kostenbeteiligung ausgenommen sind. Allerdings wäre zu bedenken, dass abhängig von den in den Blick genommenen Lösungen nicht weitere Umsetzungsprobleme zu der ohnehin schon vorhandenen schwierigen Prüfung zur Festsetzung des Kostenanteils für Versicherte in jedem Einzelfall für die Krankenkassen geschaffen werden.

Im vorliegenden Antrag wird eine Fondslösung für Geschädigte von fehlerhaften Medizinprodukten angesprochen, damit die Geschädigten – zu denen auch die Solidargemeinschaft gehört – nicht mit Kosten belastet bleiben. Zwar besteht für Krankenkassen die Möglichkeit, Schadenersatzansprüche aufgrund des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 116 SGB X geltend zu machen. Jedoch kann einer (vollständigen) Rückholung der Kosten auch die Herstellerinsolvenz entgegenstehen. In anderen Fällen sehen sich Haftpflichtversicherer aufgrund von vorsätzlichem Handeln – wie im Falle PIP – nicht in der Zahlungsverpflichtung, so dass die Solidargemeinschaft in diesen Fällen teilweise oder vollständig belastet bleibt. Ein solcher Fonds dürfte keine Finanzierung durch die Beitragszahler der GKV oder durch Patienten vorsehen, zugleich dürfte er die Hersteller nicht von ihrer Produkthaftung befreien.

