



## Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Kerstin Celina**  
**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**  
vom 02.10.2018

### Verhältnismäßigkeit medizinischer Eingriffe

Eine im Freistaat Bayern wohnhafte blinde Person hat bei der für sie zuständigen Krankenkasse einen Antrag auf Aufnahme in die Familienversicherung gestellt. Im vorliegenden Fall ist die entsprechende Person der Rechtsauffassung, dass sie gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) in die Familienversicherung aufgenommen werden kann, da diese Person sowohl außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, als auch eine Behinderung (Blindheit) hat und diese Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt hatte, zu dem diese Person bereits gemäß § 10 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGB V familienversichert war.

Im vorliegenden Fall lehnt die Krankenkasse eine Aufnahme in die Familienversicherung jedoch ab, da diese der Meinung ist, dass die entsprechende Person erwerbstätig sein kann und deshalb nicht außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Die entsprechende Person hat momentan noch keine Berufsausbildung. Im Freistaat Bayern gibt es zwar eine Einrichtung, wo blinde Personen berufliche Bildung erlangen können. Die entsprechende Person ist jedoch außerstande, die entsprechende Einrichtung mit Internatsunterbringung zu besuchen, da die entsprechende Person an epileptischen Anfällen und an anderweitigen Krampfanfällen leidet.

Gemäß § 63 SGB I soll, wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird. Gemäß § 65 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB I bestehen die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 nicht, soweit ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann. Gemäß § 65 Abs. 2 Nrn. 1 bis 3 SGB I können Behandlungen und Untersuchungen, bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, abgelehnt werden.

Im vorliegenden Fall verlangt die Krankenkasse als zuständiger Leistungsträger von der entsprechenden Person, dass sich diese Person im Rahmen einer Heilbehandlung

gemäß § 63 SGB I einem operativen Eingriff am Gehirn unterzieht, um dadurch weitere epileptische Anfälle zu verhindern.

Vor diesem Hintergrund frage ich die Staatsregierung:

- 1.1 Wie beurteilt die Staatsregierung die rechtlichen Möglichkeiten der Krankenkassen als zuständige Leistungsträger, einen derartigen massiven Eingriff wie eine Gehirnoperation zu verlangen?
- 1.2 Inwieweit sieht die Staatsregierung die Verhältnismäßigkeit gewahrt zwischen einer Heilbehandlung wie einer Gehirnoperation und der Aufnahme in die Familienversicherung?
2. Inwieweit darf die Krankenkasse als zuständiger Leistungsträger im Rahmen einer Heilbehandlung gemäß § 63 SGB I die Einnahme des Psychopharmakons Lithium verlangen, um dadurch weitere anderweitige Krampfanfälle wahrscheinlich zu verhindern, auch wenn die Gefahr einer Abhängigkeit von diesem Medikament droht?
3. Sind der Staatsregierung Urteile des Bundessozialgerichts bekannt, die derartige oder sehr ähnlich gelagerte Fälle behandeln?

## Antwort

**des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege**  
vom 23.10.2018

### Vorbemerkung:

In der Schriftlichen Anfrage wird ein Fall geschildert, in dem die zuständige Krankenkasse bei einer blinden Person die Fortführung der beitragsfreien Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus abgelehnt hat. Grund sei, dass die erforderliche Voraussetzung des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V, wonach die Person außerstande sein müsse, sich selbst zu unterhalten, nicht erfüllt sei.

Die Ablehnung der Familienversicherung war bereits Gegenstand einer Anfrage zum Plenum am 30.05.2017. Auf die Drs. 17/17181 wird insoweit Bezug genommen.

Im Nachgang hierzu werden nunmehr Fragen zur Beurteilung der gesetzlichen Mitwirkungspflichten der §§ 60ff. SGB I gestellt, da die Krankenkasse von der betroffenen Person verlange, sich einem operativen Eingriff zu unterziehen, mit dem Ziel, sich selbst unterhalten zu können.

**1.1 Wie beurteilt die Staatsregierung die rechtlichen Möglichkeiten der Krankenkassen als zuständige Leistungsträger, einen derartigen massiven Eingriff wie eine Gehirnoperation zu verlangen?**

**1.2 Inwieweit sieht die Staatsregierung die Verhältnismäßigkeit gewahrt zwischen einer Heilbehandlung wie einer Gehirnoperation und der Aufnahme in die Familienversicherung?**

Im Rahmen der Familienversicherung sind die bestehenden Mitwirkungspflichten von Mitgliedern nach § 10 Abs. 6 SGB V auf die für die Durchführung der Versicherung notwendigen Angaben beschränkt. Das Verlangen nach einem medizinischen Eingriff ist davon nicht umfasst.

Inwieweit unabhängig davon leistungsberechtigte Versicherte im Rahmen der allgemeinen Mitwirkungspflichten sich einer Heilbehandlung nach § 63 SGB I zu unterziehen haben, kann im Einzelfall nur die zuständige Krankenkasse entscheiden. Als Selbstverwaltungsträger erfüllen die Krankenkassen ihre gesetzlichen Aufgaben grundsätzlich im Rahmen des Gesetzes und des sonst für sie maßgeblichen Rechts in eigener Verantwortung (§ 29 Abs. 3 SGB IV). Insofern ist bei Vollzug von § 63 SGB I eine Bewertung seitens der Staatsregierung nicht vorgesehen.

Der Mitwirkung von Leistungsberechtigten sind jedoch nach § 65 SGB I Grenzen gesetzt. Keine Mitwirkungspflicht besteht, wenn die Grundsätze von Verhältnismäßigkeit und Zumutbarkeit nicht gewahrt sind (§ 65 Abs. 1 Nrn. 1–3 SGB I). Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden (§ 65 Abs. 2 Nrn. 1–3 SGB I).

Eine entsprechende Bewertung hat durch einen Ausgleich der Interessenlagen der Solidargemeinschaft der gesetzlich

Versicherten und des einzelnen Sozialleistungsberechtigten zu geschehen. Diese obliegt der zuständigen Krankenkasse oder in Konfliktfällen ggf. den Sozialgerichten.

**2. Inwieweit darf die Krankenkasse als zuständiger Leistungsträger im Rahmen einer Heilbehandlung gemäß § 63 SGB I die Einnahme des Psychopharmakons Lithium verlangen, um dadurch weitere anderweitige Krampfanfälle wahrscheinlich zu verhindern, auch wenn die Gefahr einer Abhängigkeit von diesem Medikament droht?**

Art und Umfang der ärztlichen Leistung hat der behandelnde Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Rahmen seiner Therapiefreiheit zu bestimmen. Der Arzt hat auch die Entscheidung über die zu wählende Behandlungsmethode in Abstimmung mit dem Patienten zu treffen. Dabei ist der Patient im Rahmen der Behandlung umfassend zu informieren bzw. aufzuklären (§§ 630c und e Bürgerliches Gesetzbuch).

Bei der Verschreibung von Arzneimitteln sind Ärzte im Hinblick auf die Wirkungen und Nebenwirkungen einer Medikation zu besonderer Sorgfalt verpflichtet. Sie müssen mögliche Kontraindikationen und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln beachten.

Der Krankenkasse ist es nicht gestattet, auf die ärztlich verordnete Behandlungsweise Einfluss zu nehmen.

**3. Sind der Staatsregierung Urteile des Bundessozialgerichts bekannt, die derartige oder sehr ähnlich gelagerte Fälle behandeln?**

Aufgrund der Ausführungen zu den Fragen 1.1 und 1.2 bedürfte die Sachverhaltsdarstellung einer Konkretisierung, um ggf. vergleichbare Entscheidungen des Bundessozialgerichts benennen zu können.