

WAS tue ich bei Leistungsablehnung durch die Krankenkasse?

von Ernst Keil, Zentrale Servicestelle der nordrheinischen Krankenkassen
im Haus der Krebselbsthilfe Bonn

Aufgrund wiederkehrender Anfragen von Patienten mit der Bitte um Unterstützung bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche bei ihren Krankenkassen wurde der nachstehende Beitrag erarbeitet, damit die Betroffenen ihre Rechte kennen und nutzen können.

Was ist für Sie allgemein wichtig?

Leistungen der Krankenversicherung werden grundsätzlich auf Antrag gewährt. Dafür dient in der Regel die Vorlage der Krankenversichertenkarte vor Behandlungsbeginn bei dem Vertragspartner. Der Arzt entscheidet im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung eigenverantwortlich über die einzelnen von ihm für erforderlich gehaltenen Leistungen.

Eine Reihe von Leistungen wird allerdings nur auf Antrag und nach Genehmigung durch die Krankenkasse gewährt. Welche Leistungen das sind, wissen die Vertragspartner der Krankenkassen und geben den Patientinnen entsprechende Hinweise bzw. Atteste. Das betrifft zum Beispiel bestimmte Hilfs- oder Heilmittel aber auch besondere Medikamente, die beispielsweise nicht für die Behandlung in Deutschland zugelassen sind. Oder Behandlungsmethoden, die mangels eindeutiger Regelungen von einem zugelassenen Vertragsarzt nicht als Kassenleistung erbracht werden können aber als sinnvoll angesehen werden. Dafür bedarf es dann einer Entscheidung der Krankenkasse, auf die die Versicherte einen Anspruch hat. Wichtig ist, dass der Antrag auf die Leistung vor Beginn der Behandlung gestellt wird. Die Krankenkasse muss dann prüfen und entscheiden, ob sie aufgrund der medizinischen oder evtl. auch humanen Gesichtspunkte eine Leistung oder Therapie zur Verfügung stellt.

Ihr begründeter Antrag

Erster Schritt der Leistungsbeantragung ist die genaue Beschreibung der begehrten Leistung. Ihre Erwartungen in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt sind wesentlich und durch eine möglichst genaue Bezeichnung der begehrten Leistung und deren medizinisch begründete Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest zu belegen. Dazu gehören dann weitere Unterlagen wie zum Beispiel ein Kostenvoranschlag oder frühere Atteste, die zur Begründung der Notwendigkeit der zu beantragenden Leistung dienlich sind. Die vollständige Vorlage aller wesentlichen Unterlagen ist wichtig, damit es nicht wegen fehlender

Tatsachengrundlage auf Seiten der Krankenkasse zur Ablehnung und einem eventuellem nachfolgenden Widerspruchsverfahren kommen muss. Ist eine Entscheidung der Krankenkasse eilig, sollte das entsprechend vom Arzt beschrieben und von Ihnen nochmals im Antrag betont werden.

Bearbeitung durch Ihre Krankenkasse

Zuständig für die Bearbeitung ist immer die örtlich zuständige Geschäftsstelle der Krankenkasse, auch wenn manchmal so genannte Kompetenzzentren intern eingerichtet sind. Kommt es zu zeitlichen Verzögerungen bei der Bearbeitung, ist evtl. die Geschäftsstelle zur zeitgerechten Entscheidung aufzufordern oder mit deren Abstimmung der Kontakt zu der für die Bearbeitung zuständigen Stelle aufzunehmen. Zu beachten ist, dass die Krankenkassen in medizinischen Fragen den dafür kassenartenübergreifend eingerichteten Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zu Rate ziehen, was eine gewisse Zeit erfordert. Die Beurteilung durch den MDK ist grundsätzlich Grundlage der Entscheidung der Krankenkasse. Im Einzelfall verbleibt ihr aber noch ein eigener Entscheidungsspielraum, soweit sie ermächtigt ist, nach ihrem Ermessen zu handeln. Das betrifft zum Beispiel die Gewährung von Rehabilitationskuren oder die Übernahme der Kosten für alternative Heilmethoden. Die Ermessensausübung sollte in dem Bescheid der Krankenkasse erwähnt sein.

Was gilt bei Ablehnungen?

Ablehnungen sollten durch die Krankenkasse immer schriftlich vorgenommen werden und eine schlüssige Begründung enthalten. Evtl. ist dies zur Sicherung der eigenen Ansprüche zu fordern. Aus dem schriftlichen Bescheid müssen die wesentlichen Entscheidungsgründe erkennbar und für Sie verständlich und nachvollziehbar sein. Dazu gehört auch die für die Ablehnung wesentliche gesetzliche Vorschrift. Bei Ermessensentscheidungen muss die Begründung die Ermessenserwägungen erkennen lassen. Wird die beantragte Leistung nur zum Teil abgelehnt, ist dies wie vorstehend zu begründen.

Sie erheben Widerspruch

Erhalten Sie einen ablehnenden Bescheid, können Sie dagegen innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch einlegen. Diese Frist ist sehr wichtig, weil sonst der Bescheid rechtskräftig wird. Eine Ausnahme gilt nur dann, wenn in dem Bescheid nicht auf die Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen ist; dann verlängert sich die Frist auf ein Jahr.

Der Widerspruch kann formlos schriftlich erhoben werden. Er sollte auf die Ablehnungsgründe eingehen und ihm sollten zur Untermauerung Atteste und evtl. sonstige noch nicht vorgelegte wesentliche Unterlagen beigelegt werden. Es besteht auch die Möglichkeit, den Widerspruch mündlich zur

Niederschrift bei der Krankenkasse zu erklären. Bereits im Widerspruchsverfahren kann es ratsam sein, einen fachkundigen Rechtsanwalt einzuschalten. Hinweise für die Fachkundigkeit können Zusatzbezeichnungen wie „Fachanwalt für Sozialrecht“ oder „Fachanwalt für Medizinrecht“ sein. Die Anwaltskosten werden von der Krankenkasse übernommen, wenn Ihr Widerspruch erfolgreich und die Zuziehung eines Anwalts notwendig war.

Über den Widerspruch entscheidet in der Krankenversicherung eine unabhängige Stelle – der Widerspruchsausschuss. Dieser erlässt einen schriftlichen Bescheid. Durch diesen kann dem Widerspruch abgeholfen, teils abgeholfen oder er kann zurückgewiesen werden. Durch das Widerspruchsverfahren entstehen Ihnen keine Verfahrenskosten.

Es geht Ihnen nicht schnell genug

Sie haben ein Recht darauf, dass über Ihren Leistungsantrag unverzüglich entschieden wird. Hat Ihre Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten nicht über Ihren Antrag entschieden, so haben Sie die Möglichkeit, vor dem Sozialgericht Untätigkeitsklage zu erheben. Für das Widerspruchsverfahren gilt eine Frist von drei Monaten, innerhalb der über den Widerspruch entschieden sein muss. Ist ohne zureichenden Grund (eine weitere notwendig gewordene Sachverhaltsaufklärung oder die Einholung eines Gutachtens ist erforderlich) der Widerspruchsbescheid in der Frist nicht erteilt, kann ebenfalls Untätigkeitsklage beim zuständigen Sozialgericht eingereicht werden.

Es kann aber durchaus sein, dass die begehrte Leistung sehr schnell erforderlich ist. Sollte trotz entsprechenden Hinweises im Antrag Ihnen die Zeit für die Entscheidung zu lang sein, können Sie bei dem für Ihren Wohnort zuständigen Sozialgericht einen Antrag auf einstweilige Anordnung stellen. Zu begründen ist, dass dies zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig ist.

Sie können Klage erheben

Wird der Widerspruch durch den Widerspruchsausschuss der Krankenkasse ganz oder teilweise zurückgewiesen, besteht die Möglichkeit der Klage vor dem Sozialgericht. Im Bescheid wird auf diese Möglichkeit in der so genannten Rechtsbehelfsbelehrung ausdrücklich hingewiesen und auch das Gericht genau bezeichnet.

Die Klage ist innerhalb eines Monats nach Zugang des Widerspruchsbescheids zu erheben. Möglich ist es, das Verfahren vor dem Sozialgericht selbst zu bestreiten. Auch dadurch entstehen (derzeit) keine Kosten. Selbstverständlich besteht aber auch im Gerichtsverfahren die Möglichkeit, sich anwaltlichen Beistand hinzuzuziehen. Dann entstehen

Kosten, die allerdings beim Obsiegen von der beklagten Krankenkasse zu übernehmen sind.

Im Verfahren prüft das Gericht auch, ob der Verwaltungsakt oder die Ablehnung oder Unterlassung des Verwaltungsakts rechtswidrig ist, weil die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten sind oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht ist.

Wichtig zu wissen ist, dass das Gericht selbst zur Sachverhaltsaufklärung und damit zur Entscheidungsfindung Zeugen und Sachverständige hinzuziehen und ärztliche Gutachten erstellen lassen kann. Sollte das für Sie ein wichtiger Gesichtspunkt sein, kann das Gericht entsprechend darauf hingewiesen werden.

Was gilt bei Behandlungsfehlern?

Gelegentlich tritt die Frage auf, ob im Verlauf der Behandlung ein Behandlungsfehler vorliegt. Der Arzt begeht einen Behandlungsfehler, wenn er die nach den Erkenntnissen und anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft sowie die nach den Umständen des Einzelfalls objektiv erforderliche Sorgfalt nicht wahrt. Wurde diese außer Acht gelassen, hat der Arzt oder die Einrichtung für einen Gesundheitsschaden ein zu stehen. Voraussetzung ist, dass die Sorgfaltspflichtverletzung ursächlich für den Schaden war und den Arzt ein Verschulden trifft. Dies ist ein schwieriges Feld, bei dem es fachkundigen Rat braucht. Neben einem versierten Rechtsanwalt ist es wichtig, dass Sie Ihre Krankenkasse einbeziehen, die bei schuldhaftem ärztlichem Handeln wegen der von ihr erbrachten Leistungen ein Interesse an dem evtl. Verfahren hat.

Außerdem haben einige Kassenarten an ihre Versicherten das Angebot, sie bei der Geltendmachung vermeintlicher Ansprüche aus Behandlungsfehlern sachlich und rechtlich zu überstützen. Das ist ihnen erlaubt und sie können Informationen aus ihren Unterlagen zur Verfügung stellen. Weiter besteht die Möglichkeit, von Schlichtungsstellen für ärztliche Behandlungsfehler ein Gutachten einzuholen. Im Internet lässt sich die jeweils im Land zuständige Stelle feststellen.

Sie haben das Recht auf Akteneinsicht

Innerhalb des gesamten beschriebenen Verfahrens zu Ihrem Leistungsantrag haben Sie jederzeit das Recht auf Akteneinsicht. So können Sie sich ergänzend ein Bild über die Bearbeitung und auch Auszüge oder Kopien von einzelnen Vorgängen machen.

Sie möchten sich beschweren

Im Verlauf einer Erkrankung und der gegebenen Notwendigkeiten ist die Zeit bis zur Genehmigung der Leistung häufig zu lange. Als erstes ist Ihnen zu raten, bei Ihrer Krankenkasse vorzusprechen und Ihrem Antrag

Nachdruck zu geben. Sollte das nicht nützen, haben Sie das Recht, einer kompetenten Person Ihrer Krankenkasse Ihr Anliegen zu erläutern, was durchaus auch beim Geschäftsführer der örtlichen Einrichtung sein kann. Eventuell ist Ihre Hartnäckigkeit wichtig.

Führt all dies nicht zu dem für Sie wichtigen Ergebnis, haben Sie die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die für Ihre Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Ihre Krankenkasse muss Ihnen diese auf Anfrage nennen: Es kann eine für das Land bestehende Landesaufsicht oder das Bundesversicherungsamt sein.

Weiter haben Sie die Möglichkeit, sich mit Ihrem Anliegen an die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Frau Helga Kühn-Mengel, zu wenden. Die Adresse ist: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin. Nähere Informationen erhalten Sie im Internet:

<http://www.patientenbeauftragte.de>

Sie haben aber auch die Möglichkeit, eine Petition an die Landes- bzw. Bundesregierung zu richten, die Sie ebenfalls bei der Durchsetzung Ihrer Interessen unterstützen wird. Schließlich hat es sich manchmal für Betroffene auch als nützlich gezeigt, das Anliegen einem politisch engagierten Mitbürger - z., B. einem örtlichen oder anderem Politiker - nahe zu bringen und um seine Unterstützung zu bitten.

Sie handeln selber

Wird aufgrund des Zeitablaufs die Leistung nach ärztlicher Beurteilung aus Ihrer Sicht unaufschiebbar, sollten Sie folgendes beachten: Beschaffen Sie die Leistung selber, besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten, sofern die Leistung vor der Antragstellung bzw. der Ablehnung beschafft wird. Die Entscheidung der Krankenkasse sollte also unbedingt abgewartet werden, weil sonst die Unaufschiebbarkeit der Leistung nachgewiesen werden muss. Das ist schwierig. Die Leistung muss so dringlich erforderlich sein, dass eine Verzögerung aus medizinischer Sicht nicht vertretbar ist. Ohne abwarten zu müssen, dürfen Sie allerdings handeln, wenn eine ablehnende Entscheidung ergangen ist. Sie haben dann die Wahl, Ihren Anspruch entweder als „Sachleistung“ zu erstreiten oder aber auf „Kostenerstattung“ auszuweichen. Der Weg, die Leistung als Sachleistung zu erstreiten, birgt die Gefahr, dass viel Zeit bis zur Behandlung vergeht. Bei der Kostenerstattung besteht die Gefahr, dass Sie auf Ihren Kosten sitzen bleiben, wenn die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse bestätigt wird. Weiter müssen Sie darauf achten, dass ein Vertragsarzt die Leistung erbringt. Begeben Sie sich ohne Not in privatärztliche Behandlung, können Sie evtl. keine Kostenerstattung beanspruchen.

Bei besonders eilbedürftigen Angelegenheiten – wie eine zeitlich nicht verzögerbare Behandlung – kann die begehrte Leistung im Wege der einstweiligen Anordnung vor dem Sozialgericht erreicht werden. Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 22.11.2002 ist auch hier vom Sozialgericht schon zu beachten, dass behördliche wie gerichtliche Verfahren das Grundrecht des Versicherten auf Leben und körperliche Unversehrtheit beachten müssen und mit in die Entscheidung einfließen müssen. Eine Versagung des vorläufigen Rechtsschutzes im Hinblick auf fehlende Erfolgsaussichten ist, wenn Grundrechte betroffen sind (z.B. lebensbedrohliche Situation, wenn Sie ein Medikament nicht erhalten) nur nach eingehender Prüfung zulässig. Wichtig sind eine ausführliche Darlegung des Sachverhalts und eine Begründung der Eilbedürftigkeit.

Entscheidungen der Gerichte

Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.05

Im Falle einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung, für die schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht vorliegen, ist es nach dieser Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts unzulässig, einen Versicherten von der Leistung einer noch nicht vom gemeinsamen Bundessausschuss anerkannten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn die vom Versicherten gewählte Behandlungsmethode eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspricht. Dann ist zu prüfen, ob es für die vom Arzt nach gewissenhafter fachlicher Einschätzung vorgenommene oder von ihm beabsichtigte Behandlung ernsthafte Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Heilungserfolg oder auch nur auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall gibt.

Tipp: Gegen ablehnende Bescheide der Krankenkassen, die diese Grundsätze nicht berücksichtigen, sollten Rechtsmittel ergriffen werden.

Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 04.04.06 (Az.- B I KR 7/05 R -)

Hier wurde die Leistungspflicht für ein in Deutschland nicht EU-weit zugelassenes, importiertes Fertigarzneimittel Tomudex® (Darmkrebs) als Ausnahme bejaht. Für die lebensbedrohlich erkrankte Patientin war konkret in Deutschland keine allgemein anerkannte Behandlung verfügbar. Die Standardbehandlung löste andere schwere Gesundheitsschäden aus. Eine andere Therapieoption bestand nicht. Die Behandlung bot nach begründeter Einschätzung mehrerer Ärzte eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf die positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Nach Ansicht des Gerichts müssen aber weitere Voraussetzungen erfüllt sein:

Vor der Behandlung muss eine Nutzen- /Risiko-Analyse stattfinden, und zwar

- allgemein und speziell bezogen auf den konkreten Versicherten.
- Die Behandlung muss den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechend durchgeführt und dokumentiert werden.
- Angesichts zu befürchtender Gefahren und Nebenwirkungen ist eine ausdrückliche Zustimmung des Versicherten zur beabsichtigten Behandlung erforderlich.

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts hat zwar positive Entwicklungen in Gang gesetzt, die aber wiederum vom Bundessozialgericht in der Entscheidung vom 07.11.2006 konterkariert wurden. So werden bei neuen Behandlungsmethoden zur Krebstherapie Feststellungen zur konkreten Krankheitssituation, zu den regelmäßigen, schulmäßigen Behandlungsmethoden bei z. B. Leberkrebs bzw. Lebermetastasen und zu einer eventuellen Unverträglichkeit dieser Methoden bei der Patientin gefordert. Dagegen hatte das Berufungsgericht im Hinblick auf die konkrete Wirksamkeit der Therapie der Klage (aus Blickwinkel der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu Recht) stattgegeben. Gestützt auf diese restriktive Entscheidung könnten wieder vermehrt ablehnende Entscheidungen durch die Krankenkassen getroffen werden.

In der jeweiligen persönlichen Situation haben Sie Anspruch auf sorgfältige Behandlung Ihres Anliegens durch die Krankenkasse. Wie Sie sehen, gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, zu Ihrem Recht zu kommen. Haben Sie Mut, davon mit Nachdruck Gebrauch zu machen – Ihrer Gesundheit und Gesundung zuliebe.

Diese Ausarbeitung lehnt sich an den von Herrn Lutz Weiberle, Fachanwalt für Medizinrecht, anlässlich des 9. Bundesweiten DLH-Patientenkongresses gehaltenen Vortrag an.