

Informationen zur Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

im Folgenden möchten wir Ihnen aktuelle Informationen und Hilfestellungen zum Umgang mit den Krankenkassen geben.

Bitte fragen Sie uns auch im persönlichen Gespräch nach Möglichkeiten der Kostenübernahme.

Viele Methoden der biologischen Medizin sind von vornherein aus dem Leistungsbereich der GKV ausgeschlossen.

Ausgeschlossene Methoden

Bevor eine Methode oder Therapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen wird, erfolgt eine Bewertung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Einige Mittel und Methoden sind durch den Bundesausschuss bereits bewertet und ausdrücklich von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen worden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dürfen sie von den Krankenkassen nicht erstattet werden. Das sagt jedoch nichts über deren Wirksamkeit oder Sinnhaftigkeit aus. Ein Widerspruch bei der Krankenkasse hat allerdings keine Aussicht auf Erfolg.

Neue Behandlungsmethoden

Für Mittel und Methoden, die (noch) nicht Bestandteil des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind und die auch noch nicht durch den Ausschuss der Ärzte und Krankenkassen bewertet wurden, sind die Krankenkassen dazu verpflichtet, in einer so genannten Einzelfallprüfung zu entscheiden, ob sie die Kosten der Verordnung übernehmen. Im Rahmen der Einzelfallprüfung überprüfen Krankenkassen, ob der Patient die gewünschte Leistung erhält.

Folgende Voraussetzungen müssen unbedingt vorliegen, um Ihren Kostenanspruch geltend zu machen:

- **Die Kostenerstattung ist nur möglich bei Behandlung durch Vertragsärzte (kassenärztliche Zulassung), sonst besteht kein Rechtsanspruch.**
- **Der Antrag muss vor Behandlungsbeginn gestellt worden sein.**

Mit dem Antrag auf Kostenübernahme sollten Sie gleichzeitig folgende Bescheinigungen einreichen:

- **die Verordnung (Rezept) und ein individuelles, ausführliches Attest des Arztes**
- **einen Kostenvoranschlag für die geplante Therapie**

Dialog mit der Krankenkasse

Bei vielen Krankenkassen endet die Einzelfallprüfung zunächst mit einer pauschalen Ablehnung, zu der Sie Stellung beziehen können. Verlangen Sie zunächst eine Anhörung nach § 24 SGB X und tragen Sie (schriftlich) Ihre Argumente vor. Wenn es Ihnen notwendig erscheint, können Sie die Ihnen gesetzte Frist mehrfach verlängern lassen. Hilfreich ist es, den Sachbearbeiter in einem persönlichen Gespräch eingehender zu informieren und die Informationsblätter über die Therapieformen vorzulegen.

Bei chronischen Erkrankungen und langwierigen Behandlungen kann es unterstützend sein, den Sachverhalt dem Vorgesetzten und gegebenenfalls sogar dem Geschäftsstellenleiter vorzutragen.

Bei der Ablehnung stützen sich Krankenkassen oftmals auf ein Gutachten des „Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“ (MDK).

Weisen Sie Ihre Krankenkasse ausdrücklich darauf hin, dass sie gesetzlich weder dazu verpflichtet ist, den Medizinischen Dienst einzuschalten noch ihre Entscheidung an das Ergebnis eines solchen Gutachtens zu binden.

Bezieht sich die Krankenkasse auf ein solches Gutachten, so machen Sie von Ihrem Recht auf Akteneinsicht (gemäß § 25 Abs. 5 SGB X) Gebrauch und bitten Sie um Zusendung des Gutachtens. So können Sie direkt auf die Argumentation des MDK eingehen.

Widerspruch

Führt der direkte Dialog mit der Krankenkasse nicht zu dem gewünschten Ziel und haben Sie einen rechtsmittelfähigen, ablehnenden Bescheid der Krankenkasse erhalten, können Sie innerhalb einer Frist von einem Monat Widerspruch einlegen. Enthält der Bescheid keine Rechtsbehelfsbelehrung, beträgt die Frist ein Jahr.

Der Widerspruch bei der Krankenkasse muss vom Patienten eingelegt werden, weil er deren Vertragspartner ist. Der Arzt kann begleitend den Widerspruch durch ein Attest medizinisch begründen.

Nach einem ablehnenden Widerspruchsbescheid der Krankenkasse können Sie eine Klage vor dem zuständigen Sozialgericht einreichen. Der Kläger kann sich beim Sozialgericht selbst vertreten und ist nicht verpflichtet, einen Rechtsbeistand hinzuzuziehen.

Einige Ratschläge

- Verlangen Sie bei Ablehnung durch die Krankenkasse grundsätzlich einen schriftlichen, rechtsmittelfähigen Bescheid. Lassen Sie sich nicht mit mündlichen Aussagen abspeisen.
- Legen Sie dem Widerspruch unsere Informationsblätter zu den einzelnen Therapien bei.

Die häufigsten Ablehnungsgründe

Nach der Rechtsprechung sind zwar viele unkonventionelle Krebstherapien ordnungs- und erstattungsfähig, die Gerichte knüpfen die Kostenerstattung jedoch an Voraussetzungen:

- Die Mittel der Schulmedizin sollen „ausgeschöpft“ oder zumindest versucht worden sein.
- Schulmedizinische Mittel sollen im Einzelfall ungeeignet sein, z. B. wegen Unverträglichkeit, Wirkungslosigkeit oder einer bestehenden Gegenindikation.
- Die gewählte unkonventionelle Behandlungsmethode muss von einer größeren Zahl von Ärzten angewandt werden. Sie soll die Chance für einen Behandlungserfolg bieten.

Von den Medizinischen Diensten werden vor allem folgende Ablehnungsgründe angeführt:

1. Konventionelle Therapien sind nicht ausgeschöpft.
2. Die Behandlung ist nicht notwendig und nicht zweckmäßig.
3. Die angewandte Therapie ist nicht wirksam.

Was lässt sich dagegen sagen?

Bitte sprechen Sie uns bei diesen Problemen direkt an. Für Patientinnen und Patienten, die sich in unserer Behandlung befinden, haben wir einen Katalog von Argumenten mit Musterbriefen sowie eine Sammlung von Gerichtsentscheidungen zusammengestellt, um die Diskussion mit Ihren Versicherern effektiver und einfacher zu gestalten.

Ablehnungsgrund: nicht ausgeschöpft

- Die schulmedizinischen Therapien sind angewandt worden.
- Die schulmedizinischen Behandlungen (z. B. Chemotherapie oder Bestrahlung) sind in diesem Fall nicht geeignet, einen Erfolg herbeizuführen.
- Die Mittel der Schulmedizin sind unverträglich oder kontraindiziert.

Je nach Einzelfall lässt sich weiter einwenden:

- Die Behandlung wird als adjuvante, begleitende Therapie durchgeführt, um Nebenwirkungen der Chemotherapie oder Strahlentherapie zu mindern und deren Wirksamkeit zu unterstützen.
- Die Behandlung soll das durch vorangegangene Therapien geschädigte Immunsystem wieder aufbauen und kräftigen.
- Die Behandlung wird durchgeführt, um einem Rückfall vorzubeugen. Konventionelle Therapien alleine können die Krankheit nicht sicher zum Stillstand bringen.
- Die Behandlung wird auch von anderen Ärzten angewandt.
- Die Behandlung soll Krankheitsfolgen und Beschwerden lindern und zu einer besseren Lebensqualität führen.
- Bei fortschreitenden organbezogenen Tumorleiden lassen sich mit konventionellen Mitteln meist nur beschränkte und befristete Erfolge erzielen. Das trifft besonders für Chemotherapien zu. Die Anwendung dieser Therapien ist oft experimentell, sie sind also ebenfalls Therapien mit ungesicherter Wirksamkeit.

Ablehnungsgrund: nicht zweckmäßig - nicht notwendig

Diese Begründung für eine Ablehnung der Kostenerstattung wird in letzter Zeit häufiger angeführt. Das geschieht vor allem dann, wenn unkonventionelle Therapien adjuvant oder ergänzend zu laufenden konventionellen Behandlungen oder danach zur Verhütung von Rückfällen eingesetzt werden.

In solchen Fällen können ebenfalls die o.g. Argumente vorgebracht werden.

Ablehnungsgrund: Wirksamkeit nicht belegt - nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Leistungen

Grundsätzlich lässt sich dagegen einwenden:

- Die Erstattung ist auch für nicht vertragsärztliche Leistungen möglich, sofern Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit gegeben sind. Das ist bei diesen Verordnungen der Fall (SGB V, § 27 ff).
- Ein Leistungsanspruch ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Gremien der vertragsärztlichen und kassenärztlichen Versorgung sich bisher nicht für die Behandlung mit diesem Medikament ausgesprochen haben.
- Auch in der konventionellen Krebstherapie werden Mittel angewandt und von den Kassen erstattet, deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich gesichert ist und die deshalb zu den unkonventionellen Therapiemethoden gerechnet werden müssen.
- Das Mittel / die Therapie wird auch von vielen anderen Ärzten angewandt.

Musterbrief für einen Widerspruch

Mit diesem Musterbrief möchten wir Ihnen helfen, gegenüber der Kasse die richtigen Argumente zu finden. Das kann natürlich nur sehr allgemein geschehen, Ihnen aber Hinweise geben, wie Sie vorgehen können.

Briefmuster: Für Präparate/Therapie der Gruppen „Anerkannte besondere Therapierichtung“ und „Neue Behandlungsmethoden“

An die Krankenkasse XYZ

[Absatz 1]

Mit dem Bescheid vom ... lehnen Sie die Kostenerstattung für das mir von Dr. XYZ verordnete Präparat [Name des Medikaments] ab. Sie begründen das damit, dass die Möglichkeiten der konventionellen Therapie noch nicht ausgeschöpft seien (oder: dass das Mittel nicht zweckmäßig bzw. seine Wirksamkeit nicht bewiesen sei). Ich halte die Ablehnung aus medizinischen und kassenrechtlichen Gründen für nicht berechtigt und erhebe dagegen Widerspruch.

[Absatz 1a]

Ich bin nach der Diagnose klinisch-konventionell behandelt worden. Ich wurde operiert (gegebenenfalls: es wurde zusätzlich eine Chemotherapie / Strahlentherapie durchgeführt). In der Klinik sagte man mir, dass weitere Therapien vorläufig nicht zur Verfügung stünden und dass man jetzt abwarten müsse. Damit sind die klinisch-konventionellen Möglichkeiten einer kurativen Behandlung weitgehend erschöpft. Falls meine Krankheit fortschreitet, bleiben auch der Schulmedizin meist nur noch palliative, lindernde Behandlungsmöglichkeiten. Das wird auch in zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen, so in der Studie von Abel, bestätigt.

Die mir verordnete Therapie wird von vielen anderen Ärzten auch angewandt.

[oder 1b]

Die Behandlung wird nicht alternativ, also statt einer konventionellen Therapie angewandt, sondern zusätzlich (supportiv). Dadurch soll mein Immunsystem wieder gestärkt und mein durch die vorausgegangenen Therapien und seelischen Stress gestörtes Wohlbefinden verbessert werden. Außerdem soll der Erfolg der klinischen Behandlung gesichert und dem Auftreten von Rückfällen vorgebeugt werden.

[gegebenenfalls anstelle von Abs. 1b]

Mit der Behandlung sollen die Nebenwirkungen einer bevorstehenden (laufenden) Chemotherapie oder Strahlentherapie gemildert und eine zu große Schädigung meiner Abwehrkräfte verhindert werden. Die Wirksamkeit der klinischen Behandlung soll verbessert und gesichert werden. Die Wirksamkeit der mir verordneten Medikamente ist in klinischen Studien belegt worden und sie werden auch von anderen Ärzten angewandt.

[oder 1c]

Meine Erkrankung befindet sich in einem fortschreitenden Stadium. Von konventionell therapierenden Ärzten konnten mir nur Therapien angeboten werden, die in ihrer Wirksamkeit fraglich und dazu noch belastend sind. Mit der von meinem Arzt vorgeschlagenen Therapie soll erreicht werden, dass Beschwerden gelindert und mein Wohlbefinden aufrechterhalten wird. Für möglich hält er es auch, das Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamen oder zumindest für einige Zeit zu stoppen.

Die Behandlung mit diesem Mittel ist nach Auskunft meines Arztes nicht nur wirtschaftlich und zweckmäßig, sondern auch erfolgversprechend. Diese Therapie wird bereits vielfach angewendet.

Wichtige Urteile

Die Richtlinien des Sozialgesetzbuches werden in Streitfragen durch Gerichte ausgelegt. Jedes Urteil gilt immer nur für den Einzelfall. So können untere Gerichte in ähnlich gelagerten Fällen durchaus zu unterschiedlichen Urteilen kommen. Die oberste Instanz für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen ist das Bundessozialgericht. Seine Grundsatzurteile werden von den unteren Gerichten weitgehend beachtet.

Bundessozialgericht (BSG) 16.9.1997, AZ: 1 RK 28/95

Dieses Gericht hat am 16. 9. 1997 zu Fragen der Wirksamkeit und Kostenerstattung von unkonventionellen Therapien Stellung genommen und grundsätzlich entschieden:

- Für die Kostenerstattung kann kein strenger Wirksamkeitsnachweis verlangt werden, wenn die Ursache der Krankheit weitgehend unerforscht ist. Das trifft für Krebserkrankungen zu.
- Die angewendete Therapie muss sich in der Praxis durchgesetzt haben und von einer nennenswerten Anzahl von Ärzten angewendet werden. Dies bedeutet, dass sich ein Patient nicht darauf berufen kann, dass sein Arzt diese Behandlung entwickelt hat und sie erfolgreich auch bei ihm, dem Patienten, durchführt. Die Therapie muss außerdem eine gewisse Verbreitung unter Ärzten gefunden haben.

Im Urteil des BSG vom 19.02.2002 wurde die Kostenerstattung neuer Behandlungsmethoden jedoch stark eingeschränkt.

- Eine Kostenerstattung ist ausgeschlossen, wenn Qualität und Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahme nicht den in § 2. Abs. 1 Satz 4 SGB V geforderten Standard entsprechen.
- Das Fehlen einer Entscheidung des Bundesausschusses über die therapeutische sowie medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer „neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ schließt die Kostenerstattung durch die Krankenkassen in der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich aus. Eine (seltene) Ausnahme liegt bei einem so genannten Systemmangel vor. Der nur mit der rechtswidrigen Untätigkeit des Bundesausschusses begründet werden kann.

Urteil des Sozialgerichts Stuttgart (S 8 KR 7849/09 ER) mit Beschluss vom 05.02.2010:

„Begehrt ein an einer lebensbedrohlichen, regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit erkrankter Versicherter von seiner Krankenkasse im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes eine potentiell lebensverlängernde Therapie und ist es dem Gericht in der gebotenen Zeit nicht möglich, den Sachverhalt zu den Anspruchsvoraussetzungen für die beantragte Behandlung aufzuklären, führt die vorzunehmende Folgenabwägung regelmäßig zum Ergebnis, dass dem Versicherten die Therapie vorläufig zu gewähren ist. ... Die Antragsgegnerin wird verpflichtet, der Antragstellerin vorläufig ab sofort 20 ambulante Hyperthermiebehandlungen bei M. H. als Sachleistung zu gewähren.“

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (1 BvR 347/98 Teil c, Abs. 2) vom 06.12.2005 besagt:

„das Bundessozialgericht hat sich ... einer Einzelfallbetrachtung unter bestimmten Voraussetzungen nicht verschlossen. Nach seiner Auffassung sind Maßnahmen zur Behandlung einer Krankheit, die so selten auftritt, dass ihre systematische Erforschung praktisch ausscheidet, vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht allein deshalb ausgeschlossen, weil der zuständige Bundesausschuss dafür keine Empfehlung abgegeben hat.“

Teil (c) (Abs. 1) besagt:

„die Sozialgerichte haben in solchen Fällen ... zu prüfen, ob es für die ... Behandlung ernsthafte Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Erfolg der Heilung oder auch nur auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall gibt.“

Im Urteil des Bundessozialgerichts (B 1 KR 24/06 R) vom 07.11.2006 wurde festgelegt:

„Für den Zeitraum, bis zu dem in einem solchen Verfahren noch Ergebnisse fehlen, ist für zumindest hilfsweise eingreifende Sicherungen zu sorgen und für die Zeitdauer bis zu einer Entscheidung des Bundesausschusses aus verfassungsrechtlichen Gründen unter den Voraussetzungen des Beschlusses vom 6. Dezember 2005 ausnahmsweise ein Anspruch auf Anwendung einer neuen, noch nicht zugelassenen Behandlungsmethode denkbar ...“

Kontakt und weitere Informationen: www.praxisklinikbonn.de