



Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe

Bundesverband der Selbsthilfeorganisationen
zur Unterstützung von Erwachsenen mit
Leukämien und Lymphomen e.V.



Unter der Schirmherrschaft
der Deutschen Krebshilfe e.V.

Mitglied im



**9. BUNDESWEITER
DLH-PATIENTENKONGRESS
Leukämien & Lymphome
27. und 28. Mai 2006 in Bonn**

—Textbeiträge—

**WIE GEHE ICH VOR, WENN MIR DIE
KRANKENKASSE EINE THERAPIE
VERWEIGERT?**

Rechtsanwalt Lutz Weiberle, Stuttgart

Das Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung

In der Regel genügt als Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung, dass die Versicherten dem Vertragsarzt vor Behandlungsbeginn ihre Krankenversicherungskarte vorlegen. Dagegen bedarf es einer Entscheidung der Krankenkasse, wenn der Versicherte etwa Hilfsmittel oder die Gewährung von Krankengeld fordert. Dies setzt einen entsprechenden Antrag des Versicherten bei seiner Krankenkasse voraus. Es bedarf aber auch einer Entscheidung der Krankenkasse, wenn der zugelassene Vertragsarzt eine gewünschte Therapie nicht als Kassenleistung erbringt, weil keine eindeutigen Regeln existieren oder z.B. ein Arzneimittel nur in den USA zugelassen ist. Die Krankenkasse muss überlegen und entscheiden, ob und wie sie dem Versicherten eine Leistung / Therapie zur Verfügung stellt. Der Versicherte hat insoweit einen direkten Anspruch gegenüber seiner Krankenkasse, auch wenn mit der Behandlung auf Krankenversicherungskarte die Ärzte eigenverantwortlich über die Behandlung entscheiden.

➤ Bei Ablehnung oder Teilablehnung

- Die Krankenkasse soll einen schriftlichen Bescheid erteilen
➔ der Versicherte soll es nicht bei einer mündlichen Ablehnung belassen
- Widerspruch gegen den ablehnenden Bescheid innerhalb eines Monat nach Zugang des Bescheides. Widerspruch muss innerhalb der Frist bei der Krankenkasse eingehen! Ausnahme, wenn keine Rechtsmittelbelehrung vorhanden ➔ Frist beträgt ein Jahr nach Zugang des Bescheides
- Entscheidung durch Abhilfebescheid (beantragte Leistung wird zuerkannt)
- Entscheidung durch Widerspruchsbescheid (Widerspruch wird als unbegründet zurückgewiesen)
- Klage zum Sozialgericht innerhalb eines Monat nach Zugang des Widerspruchsbescheides

Tipp: Die Entscheidung der Krankenkasse sollte abgewartet werden, sonst muss Unaufschiebbarkeit der Leistung nachgewiesen werden. Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten der selbst beschafften Leistung entfällt, wenn der Antrag erst nach Beschaffung der Leistung gestellt wird oder vor Ablehnung des Antrags die Leistung beschafft wurde. Der Versicherte darf handeln, ohne abwarten zu müssen, wenn eine ablehnende Entscheidung ergangen ist.

Nach der ersten ablehnenden Entscheidung hat der Versicherte die Wahl, ob er seinen Anspruch als Sachleistung erstreiten oder auf die Kostenerstattung ausweichen will. Der Weg, die Leistung als Sachleistung zu erstreiten, birgt die Gefahr, dass viel Zeit bis zu einer Entscheidung vergeht. Bei der Kostenerstattung besteht die Gefahr, dass der Versicherte auf seinen Kosten sitzen bleibt, wenn die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse in der Sache bestätigt wird.

Tipp: Bei **besonders eilbedürftigen Sachen** (zeitlich nicht verzögerbare Behandlung) kann die begehrte Leistung im Wege der einstweiligen Anordnung vor dem Sozialgericht erreicht werden. Nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 22.11.02 und 01.03.04 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 Versicherter ein Medikament nicht erhält), nur nach eingehender Prüfung zulässig. Wichtig ist eine ausführliche Darlegung des Sachverhalts und eine Begründung der Eilbedürftigkeit.

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 nicht 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 1 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 nicht ganz fern liegende Aussicht auf eine zum. 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.