

Seite: 30 bis 32  
 Ressort: Redaktion  
 Rubrik: Wirtschaften | Krankenkassen  
 Gattung: Zeitschrift/Magazin

Jahrgang: 2019  
 Nummer: 3  
 Auflage: 176.976 (gedruckt) 127.140 (verkauft)  
 129.369 (verbreitet)  
 Reichweite: 1,01 (in Mio.)

## Leistung verweigert!

Hilfsmittel, Kuren & Co Was Versicherte tun können, wenn sie mit einer Entscheidung ihrer Krankenkasse nicht einverstanden sind. Wie Sie Widerspruch einlegen oder klagen

Die Behandlung beim Arzt funktioniert gegen Vorlage der Chipkarte in der Regel problemlos. Anders sieht es dagegen mit Leistungen aus, die Versicherte nur auf Antrag erhalten: stationäre Kuren, Hilfsmittel wie Rollatoren und Hörgeräte, Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen, Krankengeld bei lückenhaften Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Hier flattern nicht selten Ablehnungsbescheide ins Haus. Die Gründe dafür sind vielfältig: Die Unterlagen für die beantragte Leistung waren unvollständig oder wenig überzeugend, das beantragte Hilfsmittel ist kein Bestandteil des Krankenkassen-Hilfsmittelkatalogs, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten sind noch nicht ausgeschöpft, was gegen eine stationäre Kur spricht, oder für die Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung fehlt das richtige Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis oder der erforderliche Pflegegrad. Wer eine Ablehnung erhält, hat nur vier Wochen Zeit, dagegen Widerspruch einzulegen. Und er tut gut daran, das zu tun, denn im Schnitt ist jeder zweite Versicherte mit seinem Einwand auch erfolgreich. Lässt der Versicherte die Frist ungenutzt verstreichen, hat er die Ablehnung akzeptiert und kann nichts mehr ändern.

Ein paar Hürden überwinden

Der Widerspruch will gut überlegt sein. Versicherte sollten sich nochmals mit ihrem Arzt beraten und ihn um eine aussagekräftige Begründung oder die entsprechende Verordnung bitten. Alle Befunde, die den Antrag stützen, sollten beigefügt werden. Mitunter können Versicherte auf dem Ablehnungsschreiben gar keinen Grund erkennen, warum eine Leistung nicht gewährt wird, weil die Kassen für die Ablehnung einfach Formbriefe mit dem Standardargument »medizinisch nicht notwendig« verschieben. Hier hilft die Unabhängige

Patientenberatung Deutschland (patientenberatung.de, Tel. 0800/0117722) den Versicherten kostenlos weiter (Interview nächste Seite).

Ablauf Wenn bei ihnen der Widerspruch eingeht, sind die Krankenkassen verpflichtet, den Fall noch mal zu prüfen. Und das muss ein neutraler Dritter tun, nicht der Sachbearbeiter, der den Ablehnungsbescheid zu verantworten hat. Die Kasse kann auch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen einschalten.

Widerspruchsausschuss Ist der Widerspruch erfolgreich, erhält der Versicherte einen geänderten Bescheid, und die Leistung wird bewilligt. Ist das nicht der Fall, dann landet der Vorgang automatisch beim Widerspruchsausschuss. Hier sitzen Versicherten- und Arbeitgebervertreter an einem Tisch und überprüfen den Fall erneut. Die Zusammensetzung des Kontrollgremiums ist in der Satzung geregelt und variiert je nach Kasse. Bei großen Krankenkassen gibt es mehrere Ausschüsse. Die hkk zum Beispiel hat vier, die jeweils mit zwei Versicherten- und einem Arbeitgebervertreter besetzt sind. Können sie sich nicht einigen, entscheidet die Stimmenmehrheit.

Geltendes Recht, Keine Kulanz

Bei der Bearbeitung der Widersprüche zieht das Gremium auch die Entscheidungsgründe von bereits positiv beschiedenen Fällen heran. »Das ermöglicht uns, gezielt zu hinterfragen, inwieweit nicht doch eine Entscheidung zugunsten des Versicherten getroffen werden kann. Hinter vielen Widersprüchen steht schließlich ein persönliches Schicksal, welches auch uns berührt«, erklärt Roland Schultze, Versichertenvertreter und Vorsitzender eines Widerspruchsausschusses der hkk. Allerdings lässt er keinen Zweifel daran, dass stets geltendes Recht zu berücksichtigen ist

und es nicht um mögliche Kulanzentscheidungen geht. Wird zum Beispiel beim Antrag auf eine Haushaltshilfe die maximale Altersgrenze für ein im Haushalt lebendes Kind auch nur um einen Tag überschritten, »gibt es leider keinen Handlungsspielraum mehr«, so Schultze. »Das Gesetz bindet auch uns an dieser Stelle die Hände.«

Selbsthilfegruppen Bei den Hilfsmitteln gibt es zwischen den Kassen Qualitätsunterschiede. Das liegt u.a. daran, dass diese mit verschiedenen Anbietern Rabattverträge haben. Welche Kasse mit welcher Firma Vereinbarungen getroffen hat, muss sie zwar im Internet veröffentlichen. Einen Gesamtüberblick als Vergleichsmöglichkeit, welche Kasse etwa die weichesten Inkontinenzanlagen als Standard anbietet, gibt es aber leider nicht. Wer hier mehr Infos braucht, ist bei den Selbsthilfegruppen gut aufgehoben, empfiehlt die UPD.

Wenn jetzt ein Versicherter zum Beispiel eine höherwertige Versorgung bei Inkontinenzanlagen wünscht, als seine Kasse bewilligt, dann muss er den Mehrpreis zahlen. Und wer nicht den VW, sondern den Mercedes unter den Rollatoren möchte, der muss die Differenz zum Standardmodell drauflegen. Nur wer nachweisen kann, dass für seine Erkrankung der jeweilige Kassenstandard nicht geeignet ist, kann im medizinisch begründeten Einzelfall höherwertig versorgt werden.

Steter tropfen höhlt den Stein

Muss ein Widerspruchsausschuss häufig ähnliche Fälle behandeln, dann kann das Folgen haben. So hat zum Beispiel der Verwaltungsrat der hkk solche gehäuften Widersprüche vor einigen Jahren zum Anlass genommen, um die Leistung der Haushaltshilfe im Rahmen ihrer Satzung auf Kinder bis zur Vollendung des 14. statt des 12. Lebensjahrs auszudehnen.



Erfolgreich Treten Widersprüche, Beschwerden und Probleme kassenübergreifend auf, dann kann das sogar zu Gesetzesänderungen führen. So haben zum Beispiel in den Jahren 2016 und 2017 sehr viele Freiberufler und kleine Selbstständige bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (und bei den Verbraucherzentralen) um Rat gefragt, weil sie mit den exorbitant hohen, unterstellten Mindesteinkommen, auf deren Basis ihre Kassenbeiträge berechnet wurden, nicht klarkamen. Das Problem war dann auch Thema im Jahresbericht der UPD an das Gesundheitsministerium. Und frohe Kunde für alle Betroffenen: Seit Anfang des Jahres wurden die unterstellten Mindesteinkommen halbiert.

Ilona Hermann [ilona.hermann@guterat.de](mailto:ilona.hermann@guterat.de)

Wir machen Versicherte handlungsfähig  
Was kann die UPD für die Versicherten tun?

Wir beraten die Versicherten so, dass sie handlungsfähig sind und auf Augenhöhe mit ihrer Kasse kommunizieren können, denn es gibt ein großes Informationsdefizit.

Inwiefern? Versicherte bekommen z.B. einen Ablehnungsbescheid, aus dem gar nicht explizit hervorgeht, warum eine Leistung abgelehnt wurde. Wir geben den Versicherten das Handwerkszeug an die Hand, um zu ermitteln, warum die Kasse nicht zahlt und was sie dagegen tun können.

Was steht denn in solchen Bescheiden drin? Oft steht da der Gesetzeswortlaut »medizinisch nicht notwendig«. Die Antwort ist also nicht auf den konkreten Fall runtergebrochen. Und dann ist die Kasse fein raus, denn alles, was medizinisch nicht notwendig ist, das darf die Kasse nicht zahlen. Wir beobachten in letzter Zeit zudem eine Verschleierung des Widerspruchsverfahrens.

Was ist darunter zu verstehen? Statt die Sache noch einmal sorgfältig durch

einen neutralen Dritten prüfen zu lassen, wozu die Kasse verpflichtet ist, und danach einen Widerspruchsbescheid zu erlassen, wirft der Sachbearbeiter nochmals einen Blick drauf und schickt dann ein Schreiben an den Versicherten raus, in dem er das Ergebnis formuliert, »der Widerspruch wird wohl nicht erfolgreich sein«. Und weiter stellt er die Frage: Wollen Sie den Widerspruch nicht zurücknehmen mit Ankreuzkästchen »ja« (ich nehme zurück) oder »nein« (ich nehme nicht zurück). Antwort binnen zwei Wochen.

Und wenn der Versicherte »ja« ankreuzt? Dann ist das Kind in den Brunnen gefallen. Der Ursprungsbescheid wird bestandskräftig und kann nicht mehr angefochten werden. Das kann besonders beim Krankengeldbezug dramatische Auswirkungen haben. Was genau ist daran so schlimm? Fällt wegen einer Lücke bei den AU-Bescheinigungen das Krankengeld weg, geht auch der hierüber erhaltene Versichertenstatus verloren. Der Kranke hat dann nur die Möglichkeit, sich krank zur Arbeit zu schleppen, damit er wieder über den Arbeitgeber versichert ist. Ansonsten kann er in die Familienversicherung des Partners rutschen, falls vorhanden, oder sich teuer freiwillig gesetzlich versichern.

Wie kommt es überhaupt zu Lücken in der Krankschreibung? Ein Versicherter soll z.B. am nächsten Tag im Krankenhaus aufgenommen werden, dafür braucht er keine AU-Bescheinigung. Dann verschiebt sich die Aufnahme, weil kein Bett frei ist, und schon hat er eine Lücke.

Daran hat doch der Versicherte keine Schuld? Richtig, deshalb hat das Bundessozialgericht 2017 entschieden, dass in bestimmten Fällen vom Arzt nachträglich ein Beleg eingereicht werden kann, um die Lücke wieder zu schließen.

Heike Morris, juristische Leiterin der Unabhängigen Patientenberatung

Deutschland (UPD)

Tipp So beschweren sich gesetzlich Versicherte

Fristwahrung Innerhalb eines Monats nach Ablehnung der Leistung können gesetzlich Versicherte, die mit der Entscheidung ihrer Krankenkasse nicht einverstanden sind, schriftlich oder mündlich Widerspruch einlegen. Sie können sich dabei u.a. kostenlos von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) helfen lassen.

Widerspruch Ein Widerspruch muss ordentlich begründet werden. Dafür sind medizinische Befunde, Gutachten oder Arzt- und Krankenhausberichte beizufügen, die dem Leistungsanspruch fundiert Nachdruck verleihen können.

Widerspruchsausschuss Sollte die Krankenkasse dem Widerspruch nicht stattgeben und bei ihrer Ablehnung bleiben, dann landet der Vorgang automatisch beim Widerspruchsausschuss. Er überprüft, ob das geltende Sozialrecht und die Satzung der Kasse hinreichend berücksichtigt wurden. Der Ausschuss setzt sich aus Vertretern der Selbstverwaltung der jeweiligen Krankenkasse zusammen. Nach spätestens drei Monaten muss seine Entscheidung vorliegen. Dauert es länger, kann der Beschwerdeführer eine kostenlose Untätigkeitsklage (beim Sozialgericht) einreichen.

Sozialgericht Kommt auch der Widerspruchsausschuss zu dem Ergebnis, dass eine Leistung nicht zu gewähren ist, dann bleibt als letzte Möglichkeit der Klageweg. Der Gang zum Sozialgericht ist in puncto Gerichtskosten kostenlos, selbst wenn die Klage abgelehnt wird. Wer einen Anwalt hinzuzieht, trägt dessen Kosten, außer er hat eine Rechtsschutzversicherung, die hierfür einspringt.

Ablehnungen Bei diesen Leistungen häufen sie sich

Leistung	Gründe für Streit mit der Kasse
Krankengeld	Das Krankengeld wurde gestrichen: weil die Anspruchsberechtigung nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen entfallen ist, weil der Versicherte nicht für eine lückenlose Krankschreibung gesorgt hat, weil die Höchstbezugsdauer von 78 Wochen erreicht ist oder der Übergang in die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung ansteht.

Fahrtkosten	Fahrtkosten sind nur in genau definierten Fällen verordnungs- und genehmigungsfähig: z. B. zur Dialysebehandlung, zur onkologischen Strahlentherapie und zur parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie/parenteralen onkologischen Chemotherapie. Bei Schwerbehinderung muss das richtige Merkzeichen (aG, Bl oder H) im Schwerbehindertenausweis stehen. Pflegebedürftige benötigen Pflegegrad 4 oder 5. Bei Pflegegrad 3 werden Fahrten nur genehmigt, wenn die Mobilität dauerhaft beeinträchtigt ist. Anträge von dementen Menschen ohne diese Voraussetzungen werden abgelehnt.
Hilfsmittel	Die Kassen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot und müssen deshalb z. B. die Versorgung mit Inkontinenzmaterial regelmäßig ausschreiben. Das führt dazu, dass Preis vor Qualität kommt, Versicherte sich oft umgewöhnen müssen und mit der neuen Versorgung nicht klarkommen. Eine Kostenbeteiligung für ein Hilfsmittel gibt es nur, wenn es im Hilfsmittelkatalog aufgeführt ist und der Gesundheitszustand die Voraussetzungen für die Verordnung erfüllt. Da moderne Hilfsmittel noch nicht im Katalog stehen und oft deutlich teurer sind, sperren sich die Kassen gegen die Kostenübernahme.
Stationäre Reha	Eine stationäre Reha wird erst genehmigt, wenn alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor Ort ausgeschöpft sind. Eine ambulante Reha ist aber häufig mit langen Wegen und Wartezeiten zwischen den einzelnen Behandlungen verbunden, deshalb wird von vielen Versicherten die stationäre Reha gewünscht.
ambulante Psychotherapie	Die ambulanten Plätze bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung reichen nicht aus. Wer kurzfristig Hilfe braucht und sich deshalb an einen privatärztlichen Therapeuten wendet, bekommt Stress mit der Kasse wegen der Kostenübernahme, wenn er nicht nachweisen kann, dass er alles versucht hat, um als Kassenpatient einen Facharzttermin zu bekommen.
Quelle: UPD und verschiedene Krankenkassen	

**Abbildung:** Vielfalt Manche Kassen bieten als Satzungsleistung deutlich mehr als andere  
**Wörter:** 1381  
**Urheberinformation:** Alle Rechte: Guter Rat

© 2019 PMG Presse-Monitor GmbH