

Rechtstipp:

Erstattungsverweigerungen von Krankenversicherern bei Methoden der Komplementärmedizin rechtlich angreifbar!

von Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht Rainer Hellweg
armedis Rechtsanwälte, Hannover, www.armedis.de

Wenn Patienten eine Rechnung über alternative Behandlungsmethoden oder Naturheilverfahren bei ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung einreichen, verweigern die Versicherer immer wieder die Erstattung. Damit müssen sich Patienten aber nicht in jedem Fall zufriedengeben, sondern können sich abhängig vom konkreten Einzelfall zur Wehr setzen. Hier können Patienten und Behandler, die die Patienten häufig im Erstattungsstreit gegen die Krankenversicherung unterstützen, „in einem Boot“ sitzen. Auch der Behandler hat ein Interesse daran, dass die von ihm angebotenen Behandlungsmethoden einer Erstattung durch die Krankenversicherung zugänglich sind und nicht von den Patienten auf eigene Kosten bezahlt werden müssen.

In den Leistungsabrechnungen der Krankenversicherer findet sich oftmals lediglich eine Kurzbegründung unter Verweis auf vermeintlich entgegenstehende gesetzliche Regelungen. Solche Formulierungen erwecken den Eindruck, es gäbe einen abschließenden Leistungskatalog, in dem die betreffende Behandlungsmaßnahme nicht aufgeführt sei, so dass sich man sich hiergegen nicht zur Wehr setzen könne. Ein solch abschließender Katalog existiert aber nicht.

Vielmehr ist es rechtlich immer eine Frage des konkreten Behandlungsfalls, ob eine bestimmte Leistung oder ein Medikament medizinisch notwendig und erstattungsfähig sind oder nicht. In dem im konkreten Fall vorzunehmende Bewertung fließen das Krankheitsbild des Patienten sowie Anwendungs- und Wirkungsweise der Therapiemaßnahme ein.

Auch wenn sich die gesetzliche Krankenversicherung auf den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) oder eine private Krankenversicherung auf einen sogenannten „Beratungsarzt“ oder einen Gutachter beruft, bedeutet dies nicht das Ende der Rechtsschutzmöglichkeiten. Spätestens im Gerichtsverfahren wird regelmäßig ein anderer Sachverständiger beauftragt, dessen Votum ganz anders ausfallen kann als die oftmals interessengesteuerten Gutachten der Versicherer.



Anlass zur Hoffnung geben einige in jüngster Zeit ergangene Gerichtsentscheidungen, in denen die Erstattungsfähigkeit insbesondere von Hyperthermie-Behandlungen positiv beurteilt wurde. Hervorzuheben ist ein aktuelles Verfahren, geführt durch die Kanzlei armedis Rechtsanwälte, in dem das Oberlandesgericht Naumburg mit Urteil vom 26. Juni 2014 (Aktenzeichen: 4 U 56/13) den Kostenersatzanspruch bezüglich einer Hyperthermie-Behandlung zumindest teilweise bejaht hat. Dies bemerkenswerterweise sogar ohne Einholung eines Sachverständigengutachtens. Im dortigen Fall ging es um eine loco-regionale Tiefenhyperthermie bei Nierenzellkarzinom.

In den Urteilsgründen findet sich die interessante Argumentation, dass wenn eine bestimmte Behandlung in das Vergütungsverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgenommen sei, sich die Regelung aus der GOÄ auf die Leistungspflicht der privaten Krankenversicherung auswirke. In Anbetracht einer solch „mittelbaren Geltung“ der GOÄ ist die Vorgehensweise privater Krankenkassen, auch in der GOÄ aufgeführte Leistungen teilweise einfach als wirkungslos und damit medizinisch nicht notwendig abzutun, juristisch äußerst kritikwürdig. Oberflächen-, Halbtiefen- und Tiefen-Hyperthermie sind mit den Gebührensätzen 5852 ff. in der GOÄ erfasst, so dass hier gute Argumentationsmöglichkeiten bestehen.

Des Weiteren ist ein Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2013 (Aktenzeichen: 1 BvR 2045/12) interessant. Im dortigen Fall ging es um eine Patientin, die an einem metastasierenden Ovarialkarzinom erkrankt war. Nach Operation und Chemotherapie hatte die Patientin die Übernahme der Kosten von 15.000 Euro monatlich für eine Behandlung mittels kombinierter Immuntherapie (Hyperthermie, onkolytische Viren und dendritische Zellen) bei ihrer Krankenkasse beantragt. Das Landessozialgericht in II. Instanz hatte zuvor die Klage der Patientin abgewiesen mit der Begründung, es hätte mehrere allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leitlinienbehandlungen gegeben. Das Urteil des Landessozialgerichts wurde vom Bundesverfassungsgericht jedoch aufgehoben.

In der Begründung des Bundesverfassungsgerichts wird hervorgehoben, dass die dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung zu vergleichen ist mit dem, was die alternative Behandlungsmethode leisten kann. Die Aussicht auf Heilung muss im konkreten Behandlungsfall beurteilt werden. Auch diese Entscheidung ist ein Fingerzeig dahin, dass die Erstattung der Kosten für komplementärmedizinische Behandlungsmaßnahmen nicht pauschal und ohne Beschäftigung mit dem konkreten Behandlungsfall abgelehnt werden können.

In der Diskussion mit dem Krankenversicherer sollte sich der Patient nicht mit einer pauschalen Verweigerung abweisen lassen, ohne dass der Behandlungsfall in seiner konkreten Ausprägung Berücksichtigung findet. Dabei kann der Behandler den Patienten auch in seinem eigenen Interesse unterstützen, um die Kostenerstattung der Behandlungsmaßnahmen zu erreichen.

