

Was, wenn die Krankenkasse nicht zahlen will?

Lehnt die Krankenkasse den Antrag auf eine Leistung ab, hat der Versicherte die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen. Was Sie dabei beachten sollten und wo sie Unterstützung finden. Von Kathrin Gotthold

Meine Kasse will für eine Behandlung nicht zahlen! Das ist mit Abstand das häufigste Problem, mit dem Bürger zur UPD, der unabhängigen Patientenberatung Deutschland, kommen. Nach Ansicht von Andrea Fabris von der Beratungsstelle Potsdam der UPD, haben all diese Menschen aber schon den ersten richtigen und sehr wichtigen Schritt getan: Sie informieren sich über ihre Rechte.

Denn selbst wenn im Ablehnungsbescheid nichts davon steht, dass man Widerspruch einlegen kann, lohnt es sich ihrer Erfahrung nach doch in vielen Fällen nachzuhaken. Denn wenn eine Krankenkasse den Antrag auf eine Leistung ablehnt, die sich ein Versicherter erhofft hat, kann er dagegen Widerspruch einlegen, erklärt Fabris. "Wichtig wäre, im Vorhinein zu schauen: Habe ich überhaupt diesen Anspruch?", sagt sie.

In vielen Fällen sind es kostspielige, aber für die Patienten äußerst wichtige Behandlungen, um die es geht – etwa stationäre Reha-Maßnahmen. Doch das Vorgehen, zu dem Fabris rät, ist auch auf andere abgelehnte Behandlungen übertragbar.

Vier Wochen Zeit für Widerspruch

Grundsätzlich gelte: Immer dann, wenn der behandelnde Arzt eine Maßnahme als medizinisch notwendig einschätzt, sollte der Betroffene mit dem Satz "Hiermit lege ich gegen Ihren Bescheid vom Soundsovielten Widerspruch ein" formal reagieren, rät Fabris.

Am besten schriftlich per Einwurfeinschreiben oder gegen Quittung durch persönliches Überbringen in der Geschäftsstelle der Kasse, auch damit man später auch belegen kann, wann man Widerspruch erhoben hat.

"Es ist in den Bescheiden in der Regel angegeben, bis zu welchem Zeitpunkt man Widerspruch einlegen kann", erläutert die Patientenberaterin.

Üblicherweise hat der Versicherte vier Wochen Zeit für einen Widerspruch. Enthält der Brief mit der ablehnenden Mitteilung keine Belehrung über diese Frist, hat der Patient sogar ein Jahr Zeit. Das kann eine Maßnahme zwar retten. "Aber man sollte es ganz klar so schnell wie möglich machen", betonte Fabris.

Kostenfreies Beratungsangebot

Außerdem sollte der Versicherte verlangen, dass ihm die Stellungnahme oder Einschätzung des Medizinischen Dienstes (MDK) der Kasse oder des Rentenversicherungsträgers in Kopie ausgehändigt wird. Ein Formulierungsvorschlag: "Bitte lassen Sie mir eine Kopie der Stellungnahme oder Einschätzung des Medizinischen Dienstes in meinem Fall zukommen."

Die Kranken- oder auch Rentenkasse beurteilt in der Regel nicht selbst, ob sie einer Maßnahme zustimmt. Dafür ist der MDK da. Dessen Beurteilung führt in aller Regel zur Bewilligung – oder eben zur Ablehnung. Es ist daher wichtig zu klären, was den Medizinischen Dienst bewogen hat, so zu entscheiden.

Unterstützung finden Patienten unter anderem bei Beratern der UPD. Die Experten beraten bei rechtlichen und medizinischen Fragen, aber auch psychosozialen Problemen im Umgang mit Krankheiten. Das Beratungsangebot ist für den Ratsuchenden kostenfrei. Finanziert wird es durch die gesetzlichen Krankenkassen und die private Krankenversicherung.