

Nachfolgend eine Liste (Auswahl) der Krankenkassen, welche die OP-Kosten ganz oder teilweise übernommen haben:

- Beihilfe Düsseldorf
- Beihilfe Stuttgart, einmal bezahlt, einmal nicht
- Beihilfe Niedersachsen, hat das 1,5fache bezahlt
- DBK örtliche zuerst nicht, über Zentrale Koblenz dann doch
- VW Betriebskasse, 50%
- Bundeswehr Kasse, 100%
- IKK zwei OP's jeweils 50% der Kosten
- AOK Hessen, einmalig ganz, 2.OP zur Hälfte
- AOK Bittburg, anteilig
- Generali, Österreich, hat 1.400 EUR übernommen
- Bundesbahn KK Münster, zweite OP ungeprüft zu 100% bezahlt
- DKV Nordrhein-Westfalen, bis auf wenige Abzüge voll erstattet (Mai 2007)
- Hallesche Nationale (Baden-Württemberg) 2008
- KVB - Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (private Versicherung) 80% der Untersuchung + OP-Kosten
- Central (Baden-Württemberg) 2008. *Zitat aus dem Brief des Patienten: „... ich wurde von Ihnen im Dez. 2007 operiert. Zu diesem Zeitpunkt war die Absage von der Krankenkasse "Central" schon mir schriftlich mitgeteilt. In einem weiteren Schreiben von mir an die Central habe ich Ihr Buch mitgeschickt und nochmal auf die Vorteile (in Zukunft keine oder deutlich weniger Medikamente und Therapien mehr) auch in kaufmännischer Hinsicht hingewiesen. Der medizinische Berater der Central hat zum zweiten mal abgelehnt und doch hat sich die Krankenkasse gegen Ihren Berater gestellt und mir die **OP komplett bezahlt.***

Interessant könnte auch dieser Schriftwechsel vom Oktober 2006 sein (gegen Signal/Iduna-Nova):

« ... Sehr geehrter Herr Kollege,
in vorbezeichneter Angelegenheit danken wir Ihnen für Ihr Schreiben vom 10.10.2006 und die Information. In unserem Verfahren hielt das Gericht das bereits eingeholte Gutachten des Prof. Dr. Burmester für unbrauchbar, da der Sachverständige in dem Gutachten den Nachweis einer Wirksamkeit für die Methode des Prof. Dr. Bauer gefordert hat, dies aber nach der Rechtsprechung des BGH nicht erforderlich ist, sondern nur ganz geringe Erfolgsaussicht gefordert wird.

Deshalb müsste grundsätzlich ein neues Gutachten in Auftrag gegeben werden. Aus wirtschaftlichen Gründen legte das Gericht den Parteien jedoch einen Vergleichsabschluss nahe. Bei dem Vergleich wurde also eine Zahlungspflicht von 50% für die durch eine Operation von Prof. Dr. Bauer entstehenden Kosten zugrunde gelegt. Da aus jetziger Sicht vielleicht noch zwei weitere Operationen zu erwarten sind, wurde vereinbart, dass die Beklagte die zwei bereits erfolgten Operationen zu 100% zahlen soll, dafür aber der Mandant eventuell noch weitere erfolgende Operationen durch Prof. Dr. Bauer in voller Höhe aus eigener Tasche bezahlen muss ...»

Was man bei dem Antrag auf Erstattung auf gar keinen Fall vergessen sollte, sieht man am Beispiel der (ablehnenden) Antwort der Allianz Krankenversicherung (Nov. 2007):

„... Bei dem zur Anwendung kommenden mikrochirurgischen Lösen der Meridianpunkte handelt es sich um eine von der Schulmedizin nicht anerkannte Therapiemassnahme. Sie ist vielmehr den komplementärmedizinischen Therapien zuzuordnen. Zumal hinsichtlich der klassischen Akupunktur noch nicht ausreichende, die Methode in vollen Umfang untermauernde wissenschaftliche Aufarbeitungen vorliegen, ist bei mikrochirurgischen Vorgehen kein sicher wissenschaftlich nachvollziehbarer Ansatz erkennbar.

Darüber hinaus können komplementärmedizinische Therapiemassnahmen erst dann als möglicher Therapieversuch angesehen werden, wenn die schulmedizinischen Therapiemassnahmen über einen Zeitraum von mindestens 3 - 6 Monaten vollständig ausgeschöpft wurden, ohne dass eine wesentliche Besserung der Beschwerdesymptomatik erzielt werden konnte. Um dies einschätzen zu können, sind genaue Kenntnisse der in den letzten drei bis sechs Monaten durchgeführten ärztlichen und auch physiotherapeutischen Massnahmen sowohl in Art als auch in Häufigkeit erforderlich. Diese Informationen liegen nicht vor.

Es ergibt sich, dass wir aus den genannten Gründen keine Leistungspflicht erkennen können. Wir hoffen aber, dass wir unseren Standpunkt verständlich darstellen konnten und halten weiterhin an unserer Entscheidung fest.... usw.

Die Antragstellerin hat vergessen, der Versicherung alle Informationen über die Therapien zu schicken, die sie (in diesem Fall seit 15 Jahren !) ohne Erfolg über sich ergehen liess.

Freundliche Grüesse
Julius Goralik



Sekretariat Prof. Bauer
Admin-Tel: +41 (0)41 763 1660, Admin-Fax: +41 (0)41 544 2722
eMail: office@fms-bauer.com, Internet: www.fms-bauer.com

Rechtsanwalt, der sich mit der Fibromyalgie-Problematik auskennt: Herr Dr. Hugo Lanz
Schifferlstrasse 1, D-80687 München, DEUTSCHLAND, Tel: +49 (0)89 5380991, Fax: +49 (0)89 5380076

EU-Gerichtshof

Der Europäische Gerichtshof hat im Mai 2003 Patienten **für ambulante Behandlungen freie Fahrt zum Arzt ins Ausland** gegeben. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen dürfen sich in anderen europäischen Ländern von einem Arzt behandeln lassen, ohne vorher eine Genehmigung ihrer Kasse einholen zu müssen, entschied das oberste EU-Gericht in Luxemburg (Az: C-385/99). Es gelte der Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs in der EU, so das Gericht. Die Kasse sei zur Erstattung der Kosten verpflichtet. Soweit die gute Nachricht, denn mit diesem Grundsatzurteil hat das Gericht den Patiententourismus gestärkt. Aber: Eine **Einschränkung** machten die Richter für **Krankenhausaufenthalte**. Falls der Kranke einen Klinikbesuch plane, müsse er zuvor die Kasse um Erlaubnis fragen. Sie könne die Genehmigung verweigern, wenn im Inland rechtzeitig eine vergleichbare Behandlung möglich wäre, so die Richter. Bisher galt in Deutschland die Regel, dass Patienten nur nach Zustimmung ihrer Krankenkassen Ärzte und Krankenhäuser in Nachbarländern in Anspruch nehmen durften. Bei Notfällen im Ausland dürfen Patienten wie bisher ein Krankenhaus aufsuchen.

WISO-Tipp: Reden Sie immer vorher mit Ihrer Krankenkasse!

Sorgen Sie vor! Über die aktuelle Gesundheitssituation in Ihrem Reiseland, Impfpfehlungen und eine eventuell notwendige Malariaprophylaxe sollten Sie sich besonders bei Fernreisen tagesaktuell informieren, wobei es nicht immer ganz einfach ist, die Qualität dieser Informationen zu beurteilen. Allgemeine Aussagen über die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen schwanken mit der Qualität der jeweiligen Gesundheitsberichtserstattung vor Ort.

WISO-Tipp: Informieren Sie sich der Situation angemessen!

Empfehlungen für Reisende, die an der gleichen chronischen Krankheit leiden und dasselbe Malariagebiet besuchen möchten, unterscheiden sich womöglich erheblich - je nach dem ob der eine auf Trekking-Tour geht oder der andere einen Club-Urlaub gebucht hat, ob einer sich auf einer kurzen Geschäftsreise befindet oder ob er sich auf einen längeren Auslandsaufenthalt handelt.

Quelle: BSZ Bund für soziales und ziviles Rechtsbewußtsein e.V.

Internet: <http://www.content-services.net/cgi-bin/start.pl?kundennummer=220225>

E-Mail: bsz-ev@t-online.de

Auszug aus der Website:

<http://www.content-services.net/cgi-bin/display.pl?kundennummer=220225&artikelid=MonApr121144372004>

Urteile zu Rechten und Pflichten der Krankenversicherung

Wer von seiner Krankentagegeldversicherung Leistungen verlangt, obwohl er tatsächlich zur Arbeit geht, verliert seinen Versicherungsschutz.

Urteil des Europäischen Gerichtshofs

.....muss ein Krankenversicherungsträger eines Mitgliedstaats (z. B. Griechenland) die Behandlungskosten eines zu Besuch in einem andern Mitgliedstaat weilenden Rentners auch bei einer chronischen Erkrankung erstatten. C-326/2000

.....müssen gesetzliche Krankenkassen die Kosten für eine ambulante Arztbehandlung im EU-Ausland erstatten, auch wenn der Patient zuvor keine Genehmigung dafür eingeholt hat. Vor einem Krankenhausaufenthalt jedoch muss der Versicherte diesem Urteil zufolge seine Kasse informieren.

Az.: C-385/99

Urteil des Bundesgerichtshofs

..... der BGH hat die Pflicht **privater Krankenversicherungen zur Kostenübernahme für alternative Heilmethoden** präzisiert. Bei der Behandlung **unheilbarer Krankheiten**, bei denen es um Linderung geht, **müssen die Versicherer gleichermaßen für schul- wie auch für alternativmedizinische Methoden und Arzneimittel einstehen**, heißt es in dem Urteil. Bei unheilbaren und nicht erforschten Krankheiten, für deren Behandlung weder Schul- noch Alternativmedizin Erfolg versprechende Methoden entwickelt haben, stehen beide Behandlungsansätze gleichrangig nebeneinander und müssen deshalb von den privaten Kassen entsprechend erstattet werden - immer vorausgesetzt, sie sind medizinisch notwendig. Der IV. Zivilsenat bestätigte zudem einen weiteren Passus der Versicherungsbedingungen, wonach die Kosten für alternative Heilmittel und -methoden erstattet werden, wenn sie sich in der Praxis als «ebenso Erfolgversprechend bewährt haben» wie schulmedizinische Mittel. Mit den Bedingungen hätten die Kassen die Vorgaben des BGH aus einem Urteil des Jahres 1993 umgesetzt. Damals hatte das Gericht eine Beschränkung der Leistungspflicht auf wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungen für unwirksam erklärt.

IV ZR 60/01 u. 119/01

.....muss eine Heilbehandlung nicht zwingend unter Kostengesichtspunkten vertretbar sein, so dass der Versicherungsnehmer auch die Erstattung von Pauschalvergütungen reiner Privatkliniken von seinem Krankheitskostenversicherer verlangen kann. IV ZR 278/2001 12. März 2003

.....ist eine Versicherung an eine einem Versicherungsnehmer gegebene Leistungszusage hinsichtlich der Kosten für einen Aufenthalt in einer bestimmten Fachklinik gebunden.

IV ZR 257/2001 29. Januar 2003

Urteil des Bundesverfassungsgerichts

.....ist die gesetzliche Ermächtigung der Krankenkassenverbände zur Festsetzung von Arzneimittelfestbeträgen und Hilfsmittelfestbeträgen verfassungsgemäß.

1 BvL 28/1995 17. Dezember 2002

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts

.....ist eine die Beihilfegewährung bei Heilkuren in einem andern Mitgliedstaat der Europäischen Union von einer amtsärztlichen Bestätigung abhängig machende Vorschrift europarechtswidrig.

2 C 35/2000 23. Mai 2002

Nach einem Urteil des Verwaltungsgerichtshofs

.....Bayern muss der Staat wegen Zuckerkrankheit an Erektionsstörungen leidenden Beamten und Ruhestandsbeamten Beihilfe zu den Kosten für Viagra leisten.

3 B 3631/2000

Nach einem Urteil des Verwaltungsgerichts

.....Hannover: Damit aus Lust nicht Frust wird gibt es Viagra. Aber das Mittel zur Potenzsteigerung ist nicht billig und deswegen klagten zwei Beamte vorm Verwaltungsgericht Hannover gegen das Landesamt für Bezüge und Versorgung.

Die Behörde hatte sich geweigert, ihnen Beihilfen für das Mittel zu zahlen. Dazu sei das Amt aber verpflichtet, urteilte das Gericht. Denn bei dem 64-jährigen Mann aus Celle und dem 48-jährigen Beamten aus Augsburg ist Diabetes die Ursache für die Erektionsprobleme. In einem solchen Fall müssten auch gesetzliche Krankenkassen zahlen. Mehrere Gerichte urteilten schon, dass eine Erektionsstörung behandelt werden müsse, wenn sie Folge einer anderen Krankheit ist. Die AOK: „Grundsätzlich gelten aber die Arzneimittelrichtlinien. Danach müssen Kassen Mittel, zur Steigerung der Potenz“ nicht zahlen. Genau deswegen scheiterte ein dritter Kläger vorm Gericht. Der pensionierte Beamte (77) aus dem Landkreis Hildesheim leide nicht an einer krankheits-, sondern an einer altersbedingten Störung, so die Richter in der Begründung.

Urteil des Bundessozialgerichts

.....muss bei sehr großem Übergewicht die Krankenkasse die Kosten einer Magenverkleinerung bezahlen. B 1 KR 1/2002 R 19. Februar 2003

.....hat eine Krankenkasse kein eigenständiges Recht auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen zwecks Überprüfung einer Krankenhausrechnung auf die sachlich richtige Zuordnung der Leistungen zu den einschlägigen Fallpauschalen und Sonderentgelten.
B 3 KR 64/2001 R 23. Juli 2002

.....Therapeutisches Reiten muss von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt werden. Das entschied das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel. Es wies damit die Klage eines 20-Jährigen ab, der wegen einer hirnbedingten Lähmung seiner Gliedmaßen therapeutische Reitstunden genommen hatte. Nach dem Kasseler Urteil muss die Krankenkasse die Kosten von rund 770 Euro jährlich nicht übernehmen. Die so genannte Hippotherapie sei eine neue Behandlungsmethode, der die Zulassung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen fehle. Nach Angaben des Kuratoriums für Therapeutisches Reiten wird die Hippotherapie jedes Jahr 100.000 Patienten verordnet. Für Beamte sei die Therapie beihilfefähig, und bislang sei sie auch von den Krankenkassen meist bezahlt worden. Das BSG verwies jedoch auf seine Rechtsprechung, wonach neue Behandlungsmethoden erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen, wenn sie vom Bundesausschuss zugelassen wurden. Dieser hatte die Hippotherapie zuletzt 1991 abgelehnt, über einen 1999 gestellten neuen Antrag des Kuratoriums für Therapeutisches Reiten aber noch nicht entschieden. B 1 KR 36/00 R

Urteil des Landessozialgerichts

.....Brandenburg braucht eine Krankenkasse nicht die Kosten einer systematischen Krebsmehrschritttherapie in einem nicht kassenzugelassenen Krankenhaus zu tragen.
L 4 KR 35/2001 26. Februar 2003

....Koblenz muss eine Krankenkasse die notwendige Verwendung eines Arzneimittels außerhalb seiner Zulassung bezahlen.
L 9 B 20/2002 KR ER W02 I

.....Mainz: Bei einer ärztlichen Einweisung muss die Krankenkasse die Behandlungskosten in jedem Fall tragen. Dies entschied das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz in Mainz. Die Krankenkasse könne sich nicht mit der Begründung, die Behandlung sei nicht notwendig gewesen, von ihrer grundsätzlichen Zahlungspflicht selbst «befreien», erklären die Richter. Das Gericht gab mit seinem Urteil der Klage einer Patientin gegen deren Krankenkasse statt. Die Klägerin hatte sich nach einer entsprechenden Einweisung in ein Krankenhaus begeben. Nach dem Einweisungsvordruck sollte unter anderem eine Brustverkleinerung vorgenommen werden. Nach der Entlassung der Patientin weigerte sich die Krankenkasse, für die Behandlungskosten aufzukommen. Ihre Begründung: die Brustverkleinerung sei nicht notwendig gewesen. Die Klinik verlangte daraufhin von der Patientin die Bezahlung der angefallenen Kosten. Das LSG urteilte jedoch, die Frau habe gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch, von den Kosten freigestellt zu werden. Verweigere eine Krankenkasse trotz ärztlicher Einweisung die Kostenübernahme, so dürfe dies nicht auf dem Rücken des Patienten ausgetragen werden. Vielmehr müsse sich die Klinik in diesem Fall mit der Krankenkasse auseinandersetzen.
Az.: L 5 KR 51/02

.....Potsdam: Gesetzliche Krankenkassen sind nicht zur Kostenübernahme für Taxifahrten von Patienten zu weit entfernten liegenden Arztpraxen verpflichtet. Dies hat das Landessozialgericht für das Land Brandenburg in Potsdam mit Urteil entschieden. Damit wurde ein Urteil des Sozialgerichts Cottbus geändert und die Klage eines Versicherten auf Erstattung von Taxikosten abgewiesen. Zur Begründung hieß es, dass das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich vom Prinzip der Sachleistung bestimmt werde. Ärzte, Krankenhäuser sowie Transportunternehmen erbrächten die Leistungen an die Versicherten - und die Krankenkasse rechne mit diesen direkt ab.
L 4 KR 27/00

.....Niedersachsen-Bremen sind einfache ärztliche Gutachten ohne besondere Fachkenntnisse regelmäßig mit einem Stundensatz von 35 Euro, mittelschwere ärztliche Gutachten regelmäßig mit einem Stundensatz von 46 Euro zu entschädigen.
L 4 SF 17/2002 27. Januar 2003

.....Rheinland-Pfalz muss eine Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts nach Einweisung durch einen Arzt übernehmen.
5 KR 51/2002 6. Februar 2003

Urteil des Sozialgerichts

.....Berlin müssen die gesetzlichen Krankenkassen nicht für die Kosten der Potenzpille Viagra aufkommen. Gesetzlich Versicherte haben keinen Anspruch auf die Versorgung mit dem Potenz steigernden Medikament, teilte das Gericht am 29. Oktober mit.
S 87 KR 1606/00

.....Düsseldorf sind täglich zwei Insulineinspritzungen benötigende Diabetiker schwer behindert.
S 31 SB 388/2001 5. März 2003

.....Köln muss eine Krankenkasse grundsätzlich nicht die Kosten des Einfrierens einer Eizelle bezahlen. S 9 KR 274/2002 11. Februar 2003

.....Münster müssen die Kosten der Überwachung der Medikamenteneinnahme einer in betreutem Wohnen lebenden Analphabetin von der Sozialverwaltung getragen werden. S 8 [3] KR 141/2001 9. Dezember 2002

Urteil des Oberlandesgerichts

.....Düsseldorf: Wer sich als Unfall-Versicherter trotz Aufforderung der Versicherungsgesellschaft nicht ärztlich untersuchen lässt kann laut OLG seinen Versicherungsschutz verlieren. Im aktuellen Fall sollte der Invaliditätsgrad eines Versicherten festgestellt werden, was dieser jedoch verweigerte. Die Interessen des Versicherers würden durch die Verweigerung der Untersuchung in relevanter Weise tangiert, urteilten die Richter. Zum einen hänge die Regulierungsbereitschaft des Versicherers von einer ärztlichen Untersuchung ab, zum anderen könne der Versicherer durch eine solche Untersuchung auch auf den Krankheitsverlauf schließen und Einwendungen gegen ein späteres gerichtliches Gutachten erheben.
AZ: I 4 U 69/03

.....Frankfurt: Wer nach Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld die Klage gegen eine Versicherung zurücknimmt, sollte an so genannte Spätschäden denken. Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts läuft ab dem Zeitpunkt der Klagerücknahme die Verjährungsfrist. Nach Ablauf dieser Frist auftretende Schäden können nicht mehr ersetzt werden. Das Gericht wies mit seinem Urteil die Klage eines Autofahrers ab. Der Kläger war im September 1990 bei einem Verkehrsunfall unter anderem im Halswirbelbereich verletzt worden. Die Versicherung des Unfallverursachers zahlte neben dem Schaden auch Schmerzensgeld in Höhe von umgerechnet rund 400 Euro. Als der Autofahrer weitere 750 Euro forderte und nach anfänglicher Ablehnung, Klage erhoben hatte, zahlten sie auch diesen Betrag. Daraufhin nahm der Kläger im November 1990 seine damalige Klage zurück. Etwa acht Jahre später traten jedoch im Halswirbelbereich des Klägers Erkrankungen auf, die er als Spätschäden aus dem Unfall ansah. Er forderte daraufhin von der Versicherung weitere Zahlungen - allerdings ohne Erfolg. Denn sowohl das Landgericht als auch das OLG hielten die möglichen Ansprüche des Klägers für verjährt. Mit der Rücknahme der Klage ohne jegliche Einschränkung habe der Lauf der dreijährigen Verjährungsfrist begonnen.
Az.: 2 U 40/02

.....Frankfurt: am Main verschweigt ein Versicherungsnehmer eine ernsthafte Krankheit nicht arglistig, wenn er seinen Arzt von seiner Schweigepflicht entbindet und dies seiner Versicherung mitteilt.
7 U 134/2001

.....Hamm: Laut Urteil ist in der privaten Krankenversicherung eine Klausel wirksam, die die Erstattungspflicht von psychotherapeutischen Behandlungen auf approbierte Ärzte beschränkt. In dem verhandelten Fall stritt der Versicherte mit der Gesellschaft darüber, ob er die Kosten für eine Psychotherapie bei einem Therapeuten ersetzt bekommt, der keine Approbation als Arzt besitzt. Die Versicherung stellte sich auf den Standpunkt, dass eine solche Behandlung nicht vom Versicherungsschutz gedeckt ist und bekam Recht. Der gewünschte Versicherungsschutz sei nach den Bedingungen nicht mit umfasst, so die Richter. Und auch das Argument des Versicherten, dass in der gesetzlichen Kasse dieser Schutz angeboten wird, griff nicht: Als Privatversicherter habe man eben nicht den gleichen Schutz wie in der gesetzlichen Kasse, heißt es im Urteil. Der Versicherte muss die Kosten jetzt selbst tragen.
AZ.: 20 U 100/03

.....Karlsruhe: Laut Urteil liegt die Risikoabwägung bei einer Heilbehandlung mit Viagra regelmäßig in der Verantwortung des Patienten. Daran ist auch der Versicherer gebunden. Liegen die Voraussetzungen für die Verabreichung von Viagra vor - im entschiedenen Fall ging es um hier Erektionsstörungen in Folge einer Herzerkrankung -, muss die Krankenkasse die Kosten tragen. Das gilt auch dann, wenn sich der Versicherte wegen der Nebenwirkungen und Gefahren bei der Einnahme von Viagra einer nicht unerheblichen gesundheitlichen Gefährdung aussetzt, erklärten die Richter.
AZ: 12 U 32/03

.....Koblenz besteht ein Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld nur bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit.
10 U 1950/2001

.....Koblenz: Laut Urteil sind Bandscheibenschäden in aller Regel nicht unfallbedingt und ihre Folgekosten müssen deshalb nicht von einer privaten Unfallversicherung erstattet werden. Nach Auffassung der Richter handelt es sich dabei regelmäßig um langfristige Erkrankungen und nicht um unfallbedingte Folgen. Eine Ausnahme könne für die Leistungspflicht der Versicherung nur gelten, wenn für einen Bandscheibenschaden nachweislich ein Unfall die überwiegende Ursache sei. Das Gericht wies mit seinem Urteil die Klage eines früheren Lastwagenfahrers gegen dessen Unfallversicherung auf Zahlung einer Invaliditätsrente ab. Der Kläger war nach eigenen Angaben auf einer Treppe ausgerutscht, auf das Gesäß gefallen und hatte sich dabei angeblich die Bandscheibe verletzt. Er könne nicht mehr länger als eine halbe Stunde sitzen, begründete der Mann seine Forderung. Auf Grund eines medizinischen Gutachtens kam das OLG jedoch zu dem Ergebnis, der Bandscheibenschaden des Klägers sei nicht durch den Sturz verursacht. Denn der Bandscheibenfaserring könne laut Gutachten nicht durch einen Sturz auf das Gesäß verursacht werden
Az.: 10 U 1131/02

.....Saarbrücken: muss eine Unfallversicherung nicht zahlen, wenn zweifelhaft ist, ob eine dauerhafte Gesundheitsschädigung allein auf einem Unfall beruht. Nach Meinung der Richter muss der Versicherte vielmehr nachweisen, dass nicht andere Leiden zu der dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigung geführt haben. Das Gericht wies mit seinem Urteil die Zahlungsklage eines Versicherten gegen dessen Unfallversicherung ab. Der Kläger war auf ein anderes Fahrzeug aufgefahren. In der Folgezeit verspürte er Kopf- und Genickschmerzen. Ärztliche Untersuchungen ergaben nicht nur ein so genanntes HWS-Schleudertrauma, sondern auch Schäden an der Bandscheibe. Der Kläger behauptete, wegen der ständigen Schmerzen sei seine geistige und körperliche Leistungsfähigkeit um mindestens 35 Prozent gemindert. Insoweit habe er Anspruch auf eine Invaliditätsentschädigung. Die Saarbrücker Richter winkten jedoch ebenso ab wie die Versicherung. Im Falle des Klägers lasse sich nicht hinreichend feststellen, worauf die Schmerzen zurückzuführen seien. Dies gehe allein zu seinen Lasten.
Az.: 5 U 369/02-48

.....Saarbrücken: Wer in einem Versicherungsfragebogen falsche Angaben zum Gesundheitszustand macht, verliert seinen Schutz nicht, wenn der Versicherungsvertreter von der Krankheit weiß. Das entschied das Saarländische Oberlandesgericht. Der Versicherungsvertreter sei in diesem Fall «Auge und Ohr» der Versicherung. Was er wisse und erfahre, wisse auch die Versicherung, betonten die Richter. Das Gericht gab mit seinem Urteil der Zahlungsklage einer

Krankenschwester gegen deren Berufsunfähigkeitsversicherung statt. In dem Versicherungsantrag hatte die Klägerin die Frage nach allergischen Erkrankungen verneint, obwohl sie an Heuschnupfen litt. Dem Versicherungsagenten war dies bekannt. Als sich später herausstellte, dass die Klägerin auch gegen Desinfektionsmittel allergisch reagierte und daher ihren Beruf aufgeben musste, erklärte die Versicherung die Anfechtung des Vertrages wegen arglistiger Täuschung. Da der Versicherungsagent von der Krankheit wusste, ging das OLG nicht von einer arglistigen Täuschung aus. Anhaltungspunkte für ein bewusst arglistiges Zusammenwirken von Versicherungsvertreter und Klägerin lägen nicht vor.

Az.: 5 U 50/02 - 1

Nach einem Urteil des Landgerichts

.....Kaiserslautern: Laut Urteil müssen Private Krankenversicherer nur die Hilfsmittel bezahlen, die im Hilfsmittelkatalog des jeweiligen Tarifs genannt werden. In dem konkreten Fall wollte eine Versicherte die Kosten für ein Scalamobil erstattet haben, mit dem es möglich wird, einen Rollstuhl über eine Treppe zu transportieren. Das Gericht wies die Klage ab, weil das Scalamobil nicht als erstattungsfähiges Hilfsmittel im Versicherungsvertrag erwähnt war.

AZ: 3 S 178/03

.....Karlsruhe: Wer von seiner Krankentagegeldversicherung Leistungen verlangt, obwohl er tatsächlich zur Arbeit geht, riskiert laut Urteil des LG seinen Versicherungsschutz. Im konkreten Fall hatte der Versicherte Leistungen beantragt und entsprechende Formulare vorgelegt, obwohl er tatsächlich seinem Job nachging. Nach Meinung der Richter ist ein solches Verhalten

ein wichtiger Grund zur außerordentlichen Kündigung des Versicherungsverhältnisses. Kündigt die Versicherung tatsächlich, geht der Versicherungsschutz verloren.

AZ: 9 S 63/03

.....Köln: Laut Urteil muss eine private Krankenversicherung "bandscheibengerechte Matratzen" nicht bezahlen, wenn diese in ihrem Leistungskatalog nicht aufgeführt sind. Die Kasse ist selbst dann nicht zur Kostenübernahme verpflichtet, wenn ein ärztliches Attest vorliegt. Matratzen fallen nicht unter den Begriff "orthopädisches Hilfsmittel", entschied das Gericht.

Az: 23 S 45/02

Impressum

Das Experten-Netzwerk Newportal wird betrieben von:

BSZ®

Bund für soziales und ziviles Rechtsbewußtsein e.V.

Groß-Zimmerner-Str. 36 A

D-64807 Dieburg

Vereinsregister

VR 942 Amtsgericht Dieburg Gründungsdatum 15.04.1998

Markeneintragung

Urkunde Nr. 399 40 019 Deutsches Patent und Markenamt eingetragen am 15.12.1999

Ust-ID-Nr.

DE 222501828

Vorstand

Horst Roosen

Untergliederungsorgane

BDF Bund deutscher Fachanwälte im BSZ® e.V.

DSK Deutsche Streitgenossenschaft gegen Kapitalanlagebetrug im BSZ® e.V.

Vorsitzender Rechtsausschuss

Rechtsanwalt Norbert Stock

Vorsitzender Finanzen und Steuer

Rechtsanwalt Axel Widmaier, Fachanwalt für Steuerrecht

Telefon und Fax

Telefon 06071- 823780

Telefax 06071- 23295

Servicenummern

Anwaltsuchdienst 0180 500 36 17 / 0.13/Min.

Internet

www.experten-netzwerk.de

www.fachanwalt-hotline.de

www.jurafit.de

E-Mail

newsportal@experten-netzwerk.de

Betreiber der Anwaltsuchdienste

Rechtsausschuss des BSZ® e.V. vertreten durch Rechtsanwalt Norbert Stock

Haftung und Rechte

Alle Veröffentlichungen geben die Meinung des Verfassers wieder, nicht unbedingt die der Redaktion. Die Beiträge werden ohne Einflussnahme der Redaktion ins Netz gestellt. Jeder Teilnehmer haftet für seine Beiträge persönlich. Alle Beiträge sind bei unveränderter Textübernahme zur honorarfreien Veröffentlichung freigegeben. In anderem Falle ist die Genehmigung des Autors erforderlich. Eine Verlinkung zu dieser Seite ist ausdrücklich erwünscht. Code für den Newsticker bitte per e-Mail anfordern.

Rechtsanwälte als Autoren

Info anfordern unter: newsportal@experten-netzwerk.de

Copyright:

Das Dokument darf ohne Rücksprache vervielfältigt und weitergegeben werden, solange das Impressum immer dabei ist und unverändert bleibt.

Die EWG-Verordnungen

Die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 koordinieren die unterschiedlichen Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraumes, d.h. Leistungen der Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Arbeitslosenversicherung, der Unfallversicherung und Familienleistungen.

Persönlicher Geltungsbereich

Auf die Verordnungen können sich Arbeitnehmer, Selbständige, Rentner sowie deren Familienangehörigen und Hinterbliebenen aus den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) berufen. Hierzu zählen die folgenden Staaten:

Belgien Dänemark Deutschland Estland Finnland Frankreich Griechenland Großbritannien Irland Island (EWR) Italien Lettland Liechtenstein (EWR) Litauen Luxemburg Malta Niederlande Norwegen (EWR) Österreich Polen Portugal Schweden Slowakei Slowenien Spanien Tschechische Republik Ungarn Zypern

Am 01.06.2002 ist das Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der **Schweiz** andererseits über die Freizügigkeit in Kraft getreten. Ab diesem Zeitpunkt sind daher anstelle des deutsch-schweizerischen Sozialversicherungsabkommens die EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 anzuwenden.

Schweiz

Die Anspruchsbescheinigung CH 11, die Ihnen Ihre Krankenkasse ausstellt, gilt speziell für die im allgemeinen kostenfreie stationäre Krankenhausbehandlung. Die Kosten der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung müssen Sie zunächst selbst bezahlen. Lassen Sie sich eine spezifizizierte Rechnung ausstellen. Ihre Krankenkasse erstattet Ihnen daraufhin einen Teil der Kosten. Dies gilt auch für erforderliche Arzneien.

Europäischer Gerichtshof

Zur Auslegung dieser Verordnungen sind schon zahlreiche Urteile des Europäischen Gerichtshofes ergangen. Die Urteile des EuGH können unter folgender Homepage abgerufen werden:

Der Europäische Gerichtshof
< <http://curia.eu.int/de/jurisp/index.htm> >

Die Generaldirektion für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten der Europäischen Kommission
< http://europa.eu.int/comm/employment_social/index_de.htm >

Die Europavertretung der deutschen Sozialversicherung
< <http://www.esip.org/> >

Zum Beweiswert ausländischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

Als Nachweis der Arbeitsunfähigkeit genügt es in der Regel, wenn der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung darüber vorlegt. Das gilt grundsätzlich auch für ausländische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Um sie in Zweifel zu ziehen, müssen einige Umstände zusammen kommen, die 'in ihrer Gesamtheit' dafür sprechen, dass die Krankheit nur vorgetäuscht wurde. Wenn der Arbeitgeber den Verdacht hegt, dass ihn der Arbeitnehmer täuschen will, kann er die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall einbehalten oder den Arbeitnehmer abmahnen bzw. kündigen.

Für 'erschüttert' hielt das Landesarbeitsgericht Düsseldorf die Beweiskraft eines AU-Attests in folgendem Fall (17 Sa 812/99). Eine Arbeitnehmerin hatte zwei Monate Urlaub beantragt, aber nur einen Monat frei bekommen. Mit dem Ehepartner, der zur gleichen Zeit zwei Monate Urlaub bewilligt bekam, verreiste sie ins Ausland. Mit der Post schickte sie nach einem Monat ein ärztliches Attest, das ihr Hexenschuss bescheinigte. Ausgestellt war es von einem ausländischen Arzt, zu dessen Fachgebiet dies nicht gehörte - von einem Pathologen -, und der die Diagnose nur mit den subjektiven Angaben der Patientin belegte. Zwei Monate nach dem Urlaubsbeginn endete die angebliche Arbeitsunfähigkeit wieder. Urteil des Landesarbeitsgerichts Düsseldorf vom 25. August 1999
17 Sa 812/99

Ein weit verbreiteter Irrtum: „Eine ausländische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung hat nicht den Wert des Nachweises einer deutschen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung!“

Es kommt zunächst darauf an, aus welchem ausländischen Land die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung stammt. Für Mitgliedstaaten der EU (und der Schweiz - siehe weiter hinten « Bilaterale Abkommen Schweiz-Deutschland») gilt der gleiche Beweiswert wie für die deutsche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss der Arbeitgeber den Mißbrauchsnachweis führen.

Bei Bescheinigung aus Staaten außerhalb der EU obliegt dem Arbeitnehmer der Nachweis seiner Arbeitsunfähigkeit, insbesondere hier formlose Schreiben eines Arztes nicht ausreichen, die nicht erkennen lassen, ob zwischen Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit unterschieden wurde.

Im Ausland ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Für den Arbeitnehmer, der eine im EU-Ausland ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlegt, spricht zunächst die Vermutung, im Ausland krank gewesen zu sein. Der Arbeitgeber muss ihm dann, wenn er die Entgeltfortzahlung erfolgreich verweigern will, Missbrauch oder Betrug vorwerfen. Dafür trägt er die Darlegungs- und Beweislast. Und er scheitert in vielen Fällen schon daran, überhaupt die notwendigen Informationen und nachweisbaren Tatsachen zu bekommen. Bevor man die Entgeltfortzahlung verweigert und sich womöglich auf einen langwierigen und teuren Rechtsstreit einlässt, sollte man daher genau prüfen, mit welchen Fakten die attestierte Arbeitsunfähigkeit angegriffen werden kann.

Für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus Ländern außerhalb der EU gilt das Gleiche wie bei deutschen Attesten: Die Arbeitsunfähigkeit wird gesetzlich vermutet, der Arbeitgeber kann diese Vermutung aber widerlegen. D.h. im Klartext, er muss den Beweis des Gegenteils liefern.

5. Rechtsprechung

Eine im Ausland aufgetretene Arbeitsunfähigkeit kann durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden, die eine Unterscheidung zwischen bloßer Erkrankung und krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit erkennen lässt. Darüber hinaus kann der Nachweis wie bei Inlandserkrankungen auch durch andere Beweismittel erbracht werden (BAG, 01.10.1997 - 5 AZR 499/96).

Ein Arbeitnehmer handelt in der Regel rechtsmissbräuchlich oder betrügerisch, wenn er sich arbeitsunfähig krankschreiben lässt, obwohl er es in Wirklichkeit gar nicht ist. Die Beweislast für die nicht vorhandene Arbeitsunfähigkeit trägt der Arbeitgeber. Er muss den Beweis allerdings nicht durch Vernehmung des ausländischen Arztes führen. Nach den allgemeinen Beweisregeln ist auch ein Indizienbeweis zulässig. Das Gericht hat dann über § 286 Abs. 1 ZPO "unter Berücksichtigung des gesamten Inhalts der Verhandlung und des Er-

gebnisses einer etwaigen Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden, ob eine tatsächliche Behauptung für wahr oder für nicht wahr zu erachten sei (LAG Baden-Württemberg, 09.05.2000 - 10 Sa 85/97, s. auch BAG, 19.02.1997 - 5 AZR 747/93 für den Fall, dass der ausländische Arbeitnehmer, der in seinem Heimatstaat erkrankt, die Befreiung seiner Ärzte von der Schweigepflicht verweigert, kann das zu einer Beweisvereitelung führen.)

Wenn der Beweiswert einer ausländischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erschüttert werden soll, ist eine umfangreiche Sachverhaltsermittlung erforderlich. Dabei können auch viele Einzeltatsachen in ihrer Gesamtbeurteilung zu Zweifeln am tatsächlichen Vorliegen einer Erkrankung führen.



Das Bundesverfassungsgericht

- Pressestelle -

Pressemitteilung Nr. 126/2005 vom 16. Dezember 2005

Zum **Beschluss vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98 –**

Quelle: <http://www.bundesverfassungsgericht.de/cgi-bin/link.pl?entscheidungen>

Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde gegen Verweigerung der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethode

Die Verfassungsbeschwerde des 18-jährigen Beschwerdeführers, der an einer seltenen, lebensbedrohlichen Krankheit leidet, gegen die Weigerung der gesetzlichen Krankenversicherung, für die Kosten einer so genannten neuen Behandlungsmethode aufzukommen, war erfolgreich. Der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts hob das angegriffene Urteil des Bundessozialgerichts auf, das eine Leistungspflicht der Krankenkasse verneinte.

Es sei mit der grundgesetzlich garantierten allgemeinen Handlungsfreiheit, dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundrecht auf Leben nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Die Sache wurde zur erneuten Entscheidung an das Bundessozialgericht zurückverwiesen.

Sachverhalt:

Der Beschwerdeführer war von 1992 bis 1994 in einer Ersatzkasse als Familienangehöriger versichert. Er leidet an der Duchenne'schen Muskeldystrophie. Diese Krankheit tritt ausschließlich beim männlichen Geschlecht auf, und zwar mit einer Häufigkeit von 1:3.500. Die Krankheit manifestiert sich in den ersten Lebensjahren; ihr prognostizierter Verlauf ist fortschreitend. Mit dem Verlust der Gehfähigkeit ist normalerweise zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr zu rechnen; es tritt zunehmend Ateminsuffizienz auf. Die Krankheit äußert sich auch in Wirbelsäulendehformierungen, Funktions- und Bewegungseinschränkungen von Gelenken sowie in Herzmuskelerkrankungen. Die Lebenserwartung ist stark eingeschränkt. Üblicherweise wird nur eine symptomorientierte Behandlung durchgeführt. Bislang gibt es keine wissenschaftlich anerkannte Therapie, die eine Heilung oder eine nachhaltige Verzögerung des Krankheitsverlaufs bewirken kann.

Seit September 1992 befindet sich der Beschwerdeführer in Behandlung bei einem Facharzt für Allgemeinmedizin. Bei dieser Behandlung werden neben Thymuspeptiden, Zytoplasma und homöopathischen Mitteln hochfrequente Schwingungen angewandt. Bis Ende 1994 hatten die Eltern des Beschwerdeführers dafür einen Betrag von 10.000 DM aufgewandt. Die Ärzte der Orthopädischen Klinik der Technischen Hochschule A. und eine mitbetreuende Ärztin hielten den bisherigen Krankheitsverlauf für günstig. Seit Herbst 2000 ist der Beschwerdeführer, der eine öffentliche Schule besucht, auf einen Rollstuhl angewiesen. Der Antrag auf Übernahme der entstandenen Kosten für die Therapie wurde von der Krankenkasse abgelehnt, da ein Therapieerfolg der angewandten Methoden wissenschaftlich nicht nachgewiesen sei. Die hiergegen gerichtete Klage blieb in letzter Instanz vor dem Bundessozialgericht ohne Erfolg. Die Verfassungsbeschwerde war erfolgreich.

Der Entscheidung liegen im Wesentlichen folgende Erwägungen zu Grunde:

Die Entscheidung des Bundessozialgerichts steht nicht im Einklang mit dem Grundgesetz.

Es ist mit Art. 2 Abs. 1 GG (allgemeine Handlungsfreiheit) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, den Einzelnen unter bestimmten Voraussetzungen einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterwerfen und für seine Beiträge die notwendige Krankheitsbehandlung gesetzlich zuzusagen, ihn andererseits aber, wenn er an einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung leidet, für die schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht vorliegen, von der Leistung einer bestimmten Behandlungsmethode auszuschließen und ihn auf eine Finanzierung der Behandlung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu verweisen. Dabei muss allerdings die vom Versicherten gewählte Behandlungsmethode eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf versprechen. Für die Behandlung der Duchenne'schen Muskeldystrophie steht gegenwärtig allein ein symptomatisches Therapiespektrum zur Verfügung. Eine unmittelbare Einwirkung auf die Krankheit und ihren Verlauf mit gesicherten wissenschaftlichen Methoden ist noch nicht möglich.

Die angegriffene Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch das Bundessozialgericht ist in der extremen Situation einer krankheitsbedingten Lebensgefahr auch nicht mit der Schutzpflicht des Staates für das Leben zu vereinbaren. Übernimmt der Staat mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung Verantwortung für Leben und körperliche Unversehrtheit der Versicherten, so gehört die Vorsorge in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung unter den genannten Voraussetzungen zum Kernbereich der Leistungspflicht und der von Art. 2

Abs. 2 Satz 1 GG geforderten Mindestversorgung.

In derartigen Fällen haben daher die im Streitfall vom Versicherten angerufenen Sozialgerichte 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.