



Die Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der
Patientinnen und Patienten:

Herrn
Manfred

Helga Kühn-Mengel

Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18 441-3420

FAX +49 (0)30 18 441-3422

E-MAIL patientenbeauftragte@bmg.bund.de

Berlin, 11 APR 2008

Sehr geehrter Herr

ich danke Ihnen für Ihr Schreiben vom 22. Januar 2008. Ich nehme Bezug auf die Zwischenricht, in der ich Sie um etwas Geduld gebeten hatte. Aufgrund der vielen Anfragen ist es mir erst heute möglich, Ihnen zu antworten. Ich hoffe, Sie haben dafür Verständnis.

Wie schon in Ihrem Schreiben vom Oktober 2006 bitten Sie mich um Unterstützung bei der Anerkennung der Low-Level-Laser Therapie nach Dr. Wilden zur Behandlung des Tinnitus.

Gerne möchte ich deshalb noch einmal die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Kostenübernahme von Diagnose- und Behandlungsmethoden durch die gesetzliche Krankenkasse erläutern:

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben im Krankheitsfall Anspruch auf ärztliche Behandlung. In der Anwendung der zur Behandlung geeigneten Therapie ist der Arzt grundsätzlich frei. Er hat sich hierbei jedoch an den im Fünften Buch Sozialgesetzbuch niedergelegten Grundsatz zu halten, dass nur solche Leistungen erbracht werden dürfen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Heilung oder Linderung der Krankheit notwendig sind.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nur zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern sowie von Patientenvertretern. Seine Aufgabe ist es zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Außerdem definiert er Anforderungen an Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen für die verschiedenen Leistungssektoren des Gesundheitswesens.

Die Vertragsärzte dürfen also nur solche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen, zu denen der Bundesausschuss eine positive Entscheidung getroffen hat. Ein Leistungsanspruch des Versicherten ist also nicht nur ausgeschlossen bei ablehnenden Entscheidungen des Bundesausschusses, sondern auch im Fall des Fehlens einer solchen Entscheidung.

Damit soll sichergestellt werden, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst nach ausreichender Prüfung in dem dafür vorgesehenen Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden. Diese Kompetenz des Bundesausschusses, die der Aufstellung verbindlicher Qualitätsstandards dient, ist vom Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung bestätigt worden.

Als regelmäßig nicht geeignet sind die Leistungen anzusehen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in die Anlage B der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) übernommen hat und die deshalb in der vertragsärztlichen Versorgung nicht angewendet werden dürfen.

In der Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist die von Ihnen angeführte Low-Level-Laser Therapie nach Dr. Wildenweder unter den anerkannten noch unter den nicht anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgeführt.

Ich möchte allerdings ebenfalls auf einen am 16. Dezember 2005 veröffentlichten Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes hinweisen, in dem entschieden wurde, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur Anspruch auf die schulmedizinische Versorgung haben, sondern im Einzelfall auch auf die Versorgung mit einer neuen, nicht anerkannten Behandlungsmethode.

Danach müssen die Krankenkassen die Kosten einer neuen Behandlungsmethode übernehmen, wenn es bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung keine anerkannte Behandlungsmethode gibt. Voraussetzung ist außerdem, dass die vom Versicherten gewählte neue Behandlungsmethode eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens spürbare Verbesserung des Krankheitsverlaufs verspricht.

Sehr geehrter Herr [REDACTED], ich bitte um Ihr Verständnis, dass ich von dieser Stelle aus keine Stellungnahme zu medizinischen Fragestellungen abgeben kann und darf. Wie ich Ihrem Schreiben entnehme, hat Ihre Krankenkasse Ihren Antrag auf Kostenübernahme bereits abgelehnt. Ob die Ablehnung Ihrer Krankenkasse rechtmäßig war, kann und darf ich von hier aus nicht beurteilen. Die Klärung dieser Frage ist den gesetzlich dafür vorgeschriebenen Verfahren vorbehalten.

Gerne möchte ich Sie außerdem über die Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses informieren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist ein Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, in dem seit 01. Januar 2004 auch Patientenvertreter ein Mitspracherecht haben. Die gesetzliche Grundlage für diese Aufgabenübertragung auf den G-BA findet sich im Fünften Sozialgesetzbuch in § 92. Während der Gesetzgeber den Rahmen vorgibt, ist es die Aufgabe der Selbstverwaltung, diesen Rahmen auszufüllen und für die alltagspraktische Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu sorgen. Es ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Entscheidungen werden im G-BA von Leistungserbringern (den Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern) und Kostenträgern (den Krankenkassen) herbeigeführt. Diese beraten gemeinsam mit Patientenvertretern über die medizinisch notwendige und sinnvolle Versorgung einerseits und den wirtschaftlichen Umgang mit den in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Finanzmitteln andererseits.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist verpflichtet, seine Beschlüsse auf der Grundlage des aktuellen Erkenntnisstands der medizinischen Wissenschaft zu überprüfen. Der Unterausschuss Arzneimittel befasst sich dem entsprechend mit der Aktualisierung der Arzneimittel-Richtlinien sowie der Fortschreibung der OTC-Übersicht. Die eingehenden Stellungnahmen zur OTC-Übersicht werden hierzu ausgewertet und kritisch gewürdigt.

Antragsberechtigte Organisationen sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, eine der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer und die gemäß § 2 Abs.1 Nr. 1 bis 4 Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Patientenvertreter.

Die Patientenvertreter, das heißt Patienten- und Behindertenverbände so wie Selbsthilfeorganisationen, werden in Entscheidungsprozesse einbezogen. Zum Beispiel haben sie über die Entsendung sachkundiger Personen in den Gemeinsamen Bundesausschuss und seine Gremien ein Mitberatungsrecht, wenn es um die Frage geht, ob neue Therapien **oder Arzneimittel geeignet sind und von der Krankenkasse bezahlt werden sollen.**

Gerne gebe ich Ihnen die Kontaktadressen der mit der Patientenvertretung betrauten Organisationen:

- der Deutsche Behindertenrat
c/o Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.-ISL
Hermann-Pistor-Str.1
07745 Jena
Tel: 03641-234795
Fax: 03641-396252
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
Waltherstr. 16 a
80337 München
Tel. 089 – 76755131
Fax 089 – 7250474
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Friedrichstrasse 28
35392 Gießen
Tel.: 0641 / 99 456 12
Fax: 0641 / 99 456 19 und

- der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Markgrafenstraße 66
10969 Berlin.
Tel.: 030/25800-0
Fax: 030/25800-218

Meine Aufgabe als Patientenbeauftragte ist es unter anderem, darauf hinzuwirken, dass die Belange der Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich Ihrer Rechte auf eine umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden.

Wenn Sie mit dem Bescheid Ihrer Krankenkasse nicht einverstanden sind, haben Sie wie bei jedem anderen Bescheid Ihrer Krankenkasse natürlich die Möglichkeit, die Rechtmäßigkeit des Bescheids im Widerspruchsverfahren und letztlich im Klageweg überprüfen zu lassen. Einzelheiten dazu, wie und bei wem Sie Widerspruch einlegen können, können Sie entweder dem Bescheid selbst entnehmen oder bei Ihrer Krankenkasse erfragen.

Ich hoffe, ich konnte mit diesen Informationen weiterhelfen und wünsche Ihnen für die Zukunft alles Gute.

Mit freundlichen Grüßen



Helga Kühn-Mengel