

Kleine Rechtskunde zur Durchsetzung ambulanter neuropsychologischer Therapie

Es wird als bekannt vorausgesetzt, dass ambulante neuropsychologische Therapie derzeit noch immer nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten ist. Das bedeutet, dass der Versicherte zunächst keinen Rechtsanspruch auf die Erbringung der Leistung hat. Da das Verfahren zur Anerkennung der Therapie aber seit nunmehr beinahe acht Jahren andauert, sind die Chancen, diese Therapie im Einzelfall durchzusetzen, im Augenblick recht gut.

Viele Patienten und Therapeuten sind sich nicht sicher, ob und wie man sich gegen die Ablehnung einer Kostenübernahme zur Wehr setzen kann und was das kosten würde. Der nachfolgende Text soll hier für ein wenig Aufklärung sorgen.

Zunächst muss der Versicherte einen Antrag auf die Leistung bzw. auf die Erstattung der dafür aufgewandten (aufzuwendenden) Kosten stellen.

Einen entsprechenden Kostenerstattungsantrag stellt man am sinnvollsten so, wie das auf den Seiten der GNP vorgeschlagen wird:

<http://www.gnp.de/html/service/informationenfueraerzte/kostenerstattung/index.php>

Voraussetzung ist also, dass die Therapie von einem approbierten Psychotherapeuten mit Weiterbildung zum Klinischen Neuropsychologen GNP durchgeführt werden soll und durch einen Neurologen befürwortet wird.

Es kann sinnvoll sein, sich mit dem zuständigen Reha-Berater der Krankenversicherung bereits vor Antragstellung in Verbindung zu setzen, ihm die Lage zu schildern, den Antrag anzukündigen und ihn von der Notwendigkeit einer Einzelfallentscheidung zu überzeugen, die er auch selbst treffen kann.

Gelingt das nicht, stellt man den Antrag trotzdem. Er wird dann an den MDK weiter geleitet, der die Therapie in der Regel nicht befürwortet. Daraufhin wird der Antrag abgelehnt.

Widerspruchsverfahren:

Gegen diese Ablehnung ist der Widerspruch zulässig. Das Widerspruchsverfahren dient dem Zweck, die Entscheidung der Verwaltung zu überprüfen.

Die Widerspruchsfrist beträgt, falls eine entsprechende Rechtsbehelfsbelehrung am Ende des Bescheides steht, einen Monat ab Zustellung des Bescheides (Einwurf in den Briefkasten des Empfängers). Falls der Bescheid keine Rechtsbehelfsbelehrung enthält, beträgt die Frist ein volles Jahr.

Man kann den Widerspruch ausführlich begründen, in der Hoffnung, die Widerspruchsstelle korrigiert die ursprüngliche Entscheidung.

Man muss das aber nicht tun. Es genügt ein „Dreizeiler“, der lautet „Ich lege gegen Ihren Bescheid vom...Widerspruch ein.“ Ermutigen Sie Ihre Patienten dazu, das zu tun. Alle nachfolgend vorgeschlagenen Maßnahmen setzen voraus, dass Widerspruch eingelegt wurde.

Das Widerspruchsverfahren kann mehrere Wochen bis Monate dauern. Im Ergebnis des Widerspruchsverfahrens wird dem Widerspruch entweder abgeholfen und der Patient erhält, was er begehrt oder es ergeht ein sog. Widerspruchsbescheid, also eine Entscheidung, mit der die ursprüngliche Ablehnung bestätigt wird. Das Wort „Widerspruchsbescheid“ muss da nicht unbedingt in der Überschrift stehen. Nach Zustellung des Widerspruchsbescheides läuft die Klagefrist von einem Monat. Dies ist in der Regel im Bescheid vermerkt. Wenn nicht, dann beträgt die Frist ein volles Jahr.

Erst drei Monate nach Einlegung des Widerspruchs ist eine sog. „Untätigkeitsklage“ zulässig, § 88 Abs. 2 SGG, mit der man die Kasse zwingen kann, irgendeine Entscheidung zu treffen.

Eilrechtsschutz, einstweilige Anordnung gem. § 86 b SGG

Es lässt sich aber meist gut begründen, dass die Patienten ihre Therapie sofort benötigen und einen „nicht wieder gut zu machende Rechtsnachteil“ erleiden würden, wenn sie auf den Abschluss des Widerspruchsverfahrens warten müssten oder womöglich auf den rechtskräftigen Abschluss eines Hauptsacheverfahrens, das Jahre dauern kann. Ihre Ausgangssituation für die Therapie ist dann wesentlich schlechter, wichtiges Reha-Potenzial unwiederbringlich verschenkt.

Ganz abgesehen von den inzwischen möglicherweise eintretenden sozialen Folgen der Nichtbehandlung und dem Auftreten sekundärer Erkrankungen als Folge der Nichtbehandlung ihrer Störungen.

Wenn das Gericht sich aufgrund der Komplexität des Sachverhaltes außerstande sieht, eine Einstweilige Anordnung zu erlassen, wird es in Anbetracht der o.g. Eilbedürftigkeit eine etwa schon rechtshängige Hauptsacheklage zügig terminieren.

Klage

Sobald auch der Widerspruch durch die Kasse abgelehnt wurde, ist eine sogenannte Hauptsacheklage zulässig. Diese muss vor allem dann zwingend erhoben werden, wenn man schon einen Eilantrag gestellt hat. Dieser würde unzulässig werden, wenn man den Widerspruchsbescheid nicht weiter angreift.

Erfahrungsgemäß riskieren die Kassen nur ungern gerichtliche Entscheidungen und geben im gerichtlichen Verfahren auf die eine oder andere Weise nach. Sei es, dass sie die Kosten der Therapie übernehmen unter dem Vorbehalt, sie zurück zu fordern, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss entscheiden sollte, dass die Therapie nicht in den Leistungskatalog aufgenommen wird. Dieses Risiko ist derzeit wohl als gering einzustufen. Sei es, dass die Kasse vorbehaltlos bspw. die Hälfte der Kosten trägt und der Patient nur noch den Rest tragen muss. Darauf muss man sich nicht einlassen, wenn es die „Kassenlage“ des Patienten nicht erlaubt.

Laufende Therapien nach abgelehnten Anträgen

Es gibt Fälle, in denen Betroffene entweder keinen Widerspruch eingelegt oder nicht geklagt haben und die Therapie dann als Selbstzahler finanzieren.

Dort kann die Ablehnung auch im Nachhinein noch geprüft und erforderlichenfalls auf Erstattung der verauslagten Kosten geklagt werden. Allerdings wird es dabei i.d.R. keinen Eilrechtsschutz geben, da die Therapie ja stattfindet und offenbar (auf irgend eine Weise) finanziert wird.

Kosten

1. Gerichtsgebühren

Das sozialgerichtliche Verfahren ist gerichtsgebührenfrei.

Ein Risiko, etwaige Kosten der Gegenseite tragen zu müssen, besteht kaum. Die Kassen lassen sich nur selten von Anwaltsbüros vertreten. Die dort entstandenen Kosten müsste man allerdings dann tragen, wenn man das Verfahren verliert.

2. Anwaltliche Beratung

Die Kosten für eine anwaltliche Erstberatung liegen zwischen 60,- EUR netto und 190,- EUR netto, je nach Umfang und Schwierigkeit der Angelegenheit.

3. Anwaltliche Vertretung

Für die anwaltliche Vertretung in sozialrechtlichen Verfahren entstehen sogenannte Betragsrahmengebühren. Das bedeutet, dass die entstehenden Gebühren der Höhe nach begrenzt sind und sich vor allem nicht an einem Gegenstandswert bemessen. Je nach Umfang und Schwierigkeit der Angelegenheit kann der Anwalt die Gebühr innerhalb des Rahmens variieren.

Die Gebühren im gerichtlichen Verfahren verringern sich, wenn der Anwalt zuvor auch schon außergerichtlich tätig war.

4. Beratungshilfe

Im **außergerichtlichen** Verfahren (z.B. Widerspruchsverfahren) kann man durch die **Beratungshilfe** von den Anwaltskosten freigestellt werden. Beratungshilfe kann dann gewährt werden, wenn der Mandant nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen nicht in der Lage ist, die entstehenden Anwaltskosten selbst aufzubringen. Die Beratungshilfe umfasst nicht nur eine Beratung, sondern, soweit erforderlich, auch eine außergerichtliche Vertretung.

Beratungshilfe gewährt das Amtsgericht am Wohnort des Mandanten. Dort sind die aktuellen Einkommensverhältnisse nachzuweisen. Zum Anwalt bringt der Mandant dann lediglich eine Beratungshilfegebühr in Höhe von 10,00 € mit (§ 44 s. 2 BerHG)

5. Prozesskostenhilfe

Im **gerichtlichen** Verfahren kann bedürftigen Rechtssuchenden **Prozesskostenhilfe (PKH)** gewährt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Mandant nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen nicht in der Lage ist, die Kosten eines Prozesses zu übernehmen und die beabsichtigte Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet. Wird PKH bewilligt, so ist er von der Zahlung der Anwaltskosten befreit. Diese übernimmt dann die Staats- oder Landeskasse. Übersteigt sein Einkommen bestimmte, in § 115 ZPO festgelegte Grenzen, so muss er die Kosten in monatlichen Raten (höchstens 48) an die Staats- bzw. Landeskasse zurückzahlen. Die Einkommensgrenzen werden jedoch in der Regel nicht überschritten, wenn man **Arbeitslosengeld II** oder Grundsicherung bezieht.

Höhe der Rechtsanwaltsgebühren und Kostenübernahme

Bei den unten genannten Beträgen handelt es sich um Nettobeträge, zu berücksichtigen sind noch Umsatzsteuer und Auslagen.

	Erstberatung	Antragsverfahren	Widerspruchsverfahren	Gerichtliches Eilverfahren	Klage 1. Instanz	Klage 2. Instanz
	max 190,- EUR	ca.280,- EUR	ca.280,- EUR	ca.450,- EUR	ca.450,- EUR	ca.510,- EUR
Kostenübernahme i.d.R. durch						
RS-Versicherung	x			x	x	x
Beratungshilfe	x	x	x			
Prozesskostenhilfe				x	x	x

Soweit das Widerspruchs- bzw. Klageverfahren erfolgreich war, werden die zuvor entstandenen Anwaltskosten von der Behörde erstattet.

Noch einmal zusammengefasst:

Der effektivste Weg zu einer Erstattung der Kosten für ambulante neuropsychologische Therapie durch die gesetzliche Krankenversicherung zu gelangen führt entweder direkt über den Sachbearbeiter oder nach Ablehnung direkt über das gerichtliche Eilverfahren!

Annett Löwe
Rechtsanwältin
Metzer Straße 19
10405 Berlin
Tel.: (030) 44 32 47 22
Fax.:(030) 28 09 68 39

www.berliner-kanzlei.com