

## *Ärger mit der Krankenkasse?*

### Welche Rechte Versicherte haben!

Menschen mit chronischen Erkrankungen sind nicht nur durch ihre Symptome einer ständigen Belastung in ihrem Lebensalltag ausgesetzt. Zu den psychosozialen Problemen gehört oftmals auch eine zeit- und kraftraubende Auseinandersetzung mit Behörden und Versicherungen, um entsprechende Leistungen und Ansprüche gelten machen zu können. Häufig scheint es so, als wenn es den Betroffenen keinesfalls leicht gemacht wird, wenn sie um entsprechende Rechte ansuchen. Wiederkehrend wird berichtet, wonach es gerade Krankenkassen oftmals versuchen, mithilfe von unverhältnismäßigen Fragen und Forderungen den Versicherten derart zu verunsichern und mit Erwartungen zu konfrontieren, dass dieser klein beigibt.

Eine fortwährend aufkommende Unklarheit besteht darüber, welche Auskunftspflichten gegenüber der Krankversicherung bestehen. Grundsätzlich muss hier bereits festgehalten werden, wonach es eines „Verlangens“ der Krankenkasse bedarf. Insofern ist sie dazu verpflichtet, vom Versicherten konkrete Angaben einzufordern, welche für die Durchführung entsprechender Verwaltungsverfahren notwendig sind. Sollte ein derartiges Ersuchen allerdings vorliegen, muss der Versicherte umfänglich antworten. Dies bezieht sich also einerseits auf grundlegende Angaben zur Person, aber auch darüber hinaus gehende Informationen, welche aus Sicht des Patienten notwendig erscheinen, damit die Krankenkasse die von ihr als Grund der Auskunftsanfrage genannte Aufgabe erfüllen kann. Zudem muss der Versicherte umgehend antworten und darauf hinweisen, wenn etwaige Tatsachen noch nicht feststehen (beispielsweise Entscheidungen anderer Leistungsträger). Auch Veränderungen persönlicher Daten müssen stets „ohne Zögern“ gemeldet werden, wenn dies nicht durch einen meldepflichtigen Dritten (zum Beispiel den Arbeitgeber) erfolgt. Sofern der Versicherte seinen Mitwirkungspflichten nicht, unzureichend oder lediglich unvollständig nachkommt, kann dies eine Ordnungswidrigkeit darstellen.

Trotzdem ist der Versicherte nicht zu allen Auskünften verpflichtet, dies gilt insbesondere in Bezug auf gesundheitsbezogene Daten. Über die reinen Personalien hinausreichende Informationen sollten zunächst prinzipiell zurückgehalten werden. Dies gilt umso mehr dann, wenn sich die Krankenkasse per Telefon meldet. Denn Mitwirkungspflichten kann stets schriftlich – und damit in Ruhe – nachgekommen werden.

Daneben darf die Krankenversicherung Fragen zum Gesundheitszustand zunächst einmal nicht selbst stellen, weil dies Aufgabe des MDK („Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“) ist. Auch behandelnde Ärzte des Versicherten dürfen ohne Zustimmung des Patienten generell keine Angaben gegenüber der Krankenkasse tätigen, sondern lediglich auf Anfrage des MDK. Dieser ist eine unabhängige und eigenständige Institution, die lediglich zur objektiven Beratung und Begutachtung für Kranken- und Pflegekassen arbeitet. Dabei sind die dort tätigen Mediziner ausschließlich ihrem fachlichen Gewissen unterworfen und dürfen Entscheidungen nicht zugunsten ihres Auftraggebers – der Krankenversicherung – treffen. Ein Eingreifen in die medizinische und therapeutische Behandlung des Versicherten ist ihnen untersagt.

Der MDK darf Fragen zur Gesundheit nicht aus eigenem Antrieb heraus stellen, sondern muss dafür von der Krankenkasse aufgefordert werden. Er ist darauf ausgerichtet, Zweifel über eine allfällige Arbeitsunfähigkeit oder der Notwendigkeit einer Rehabilitation aufzuklären und zu beseitigen. Im Falle von etwaiger Pflegebedürftigkeit muss er das Ausmaß einschätzen und adäquate Leistungen vorschlagen. Daneben soll er generell den Behandlungserfolg sichern auf eine Wiedereingliederung hinwirken. Daraus ergibt sich gleichermaßen, dass er einen sozialmedizinischen Fokus einnimmt und nicht therapeutisch intervenieren darf.

Der MDK muss zwar ein zusammenfassendes Gutachten an die Krankenkasse übermitteln, in welchem gezwungenermaßen gesundheitliche Daten des Patienten enthalten sind. Gleichermaßen ist die Versicherung angehalten, keine eigenständigen Bewertungen über den Gesundheitszustand vorzunehmen. Zwar obliegt ihr die letztendliche Entscheidungshoheit über allfällige Leistungen. Grundsätzlich ist für sie die Einschätzung des MDK aber wegweisend. Eine Auskunftsaufforderung des Arbeitgebers gegenüber der Krankenkasse ist nicht zulässig. Eine Datenweitergabe ist in einer solchen Konstellation grundsätzlich untersagt. Der Arbeitgeber kann daher lediglich auf die in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemachten Angaben zurückgreifen.

Die Krankenkasse kann ausnahmsweise selbst Nachfragen gegenüber dem Arzt tätigen, welcher die Bescheinigung ausgestellt hat, wenn dadurch eine MDK-Begutachtung (die für viele Versicherte sehr belastend sein kann) verhindert werden kann. Hierbei darf es sich aber ausschließlich um konkretisierende Informationen zu den Diagnosen oder den geplanten therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen handeln. Auch kann sie dort über die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Versicherten oder die Frage, in welchem Umfang er der Arbeitsagentur bei Bezug von Arbeitslosengeld I zur Weitervermittlung zur Verfügung steht. Gegenüber dem Patienten darf die Krankenversicherung allenfalls erfragen, ob und wann eine Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit vorgesehen ist und welche ärztlichen oder therapeutischen Untersuchungen oder Behandlungen ihr entgegenstehen. Regehalt unzulässig sind dagegen Fragen zur eigenen Einschätzung über das aktuelle Befinden, den persönlichen Familienverhältnissen, Urlaubsvorhaben, der Gestaltung des Arbeitsplatzes an sich und möglichen Problemen dort oder über einen etwaig gestellten Rentenantrag.

Sofern der MDK Unterlagen anfordert, ist der Patient zwar dazu verpflichtet, sie vollständig vorzulegen. Dennoch können besonders Arztbriefe, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der aktuellen Arbeitsunfähigkeit stehen oder dabei helfen können, die hierfür verantwortliche Krankengeschichte nachzuvollziehen, zurückgehalten werden. Überdies können einzusendende Dokumente an „irrelevanten Textstellen“ geschwärzt werden. Dies sind beispielsweise Daten über Drittpersonen oder intime Angaben und medizinische Details, welche für die Bewertung der Arbeitsfähigkeit belanglos sind.

Kommt der MDK in seiner Begutachtung zur Empfehlung, dass trotz Krankschreibung Arbeitsfähigkeit gegeben ist und folgt die Krankenkasse dieser Einschätzung, kann sie zwar die Krankengeldzahlung einstellen. Hiergegen sollte allerdings besonders dann mutig Widerspruch eingelegt werden, wenn im Gutachten des „Medizinischen Dienstes“ erhebliche Gegensätze zu der Einschätzung des behandelnden Arztes erkennbar sind.

Letzterer hat hierfür ebenso wie der Patient das Recht auf Akteneinsicht. Im Zweifel sollte die Entscheidung der Krankenkasse von beiden gemeinsam innerhalb der Frist von vier Wochen angefochten werden. Grundsätzlich ist hierbei zwar keine Begründung erforderlich. Dennoch sind die Erfolgsaussichten gleichsam höher, wenn der zuständige Mediziner fachkundige Einwände vorbringt. Im Rahmen des Widerspruchsverfahren kann auch das Einholen eines unabhängigen Zweitgutachtens beantragt werden. Gegen das Einstellen der Krankengelleistung kann lediglich vor dem Sozialgericht ein Erlass auf sofortige Wiederaufnahme der Zahlungen erwirkt werden.

Fordert die Krankenkasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes zur Stellung eines Rehabilitationsantrages auf, um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, ist dies ein Verwaltungsakt, dem der Versicherte innerhalb von 10 Wochen entsprechen muss, sofern er keine Einstellung des Krankengeldbezugs riskieren will. Allerdings gibt es auch gegen dieses Vorgehen der Versicherung verschiedene Rechtsmittel. Neben dem Recht auf Anhörung des Patienten, welches ihm mit der Aufforderung zum Reha-Antrag mitgeteilt werden muss, kann der Versicherte wiederum einfordern, dass die Krankenkasse dargelegt, aus welchen Gründen sie die Beantragung fordert, auf welche Tatsachen sie sich dabei stützt und welche Abwägungen sie vorgenommen hat. Überdies kann förmlich gegen den Bescheid mit dem Forderungsgesuch mit einer Frist von einem Monat widersprochen werden. Auch hierüber ist der Patient durch Rechtshilfebelehrung mit dem Schreiben der Krankenkasse zu unterrichten.

Zusammenfassend lassen sich folgende Grundsätze festhalten: Patienten müssen telefonisch gegenüber der Krankenkasse keinerlei Zusagen machen oder Bedingungen zustimmen. Gerade ein „Krankengeldmanagement“ (Beratung und Hilfestellung der Krankenkasse beim Bezug von Krankengeld) kann dort immer abgelehnt werden, gleichermaßen sollten Widersprüche am Telefon nicht zurückgenommen werden. Der Versicherte kann das Gespräch beenden, wenn er den Eindruck hat, vom Mitarbeiter der Krankenkasse in irgendeiner Hinsicht zu einer Aussage gedrängt zu werden. In solchen Fällen sollte immer darauf verwiesen werden, die Kommunikation auf schriftlichem Wege fortzusetzen. Abschließend gilt die grundsätzliche Zusage, dass auch die Krankenkassen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und Daten dort sicher sein müssen, sofern sie nicht unter oben genannten Umständen weitergegeben werden dürfen.

*Alle Angaben ohne Gewähr auf Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität!  
Haftung ist ausgeschlossen!*

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Dennis Riehle  
Psychologischer und Psychosozialer Berater  
Sozialrecht (zertifiziert) | Integrationsberater | Coaching

Tel.: 07531/955401

Mail: [Beratung@Riehle-Dennis.de](mailto:Beratung@Riehle-Dennis.de)

*Es kann lediglich eine Allgemeine Sozialgesetzaufklärung erfolgen.  
Juristische Einzelfallbewertungen sind Rechtsanwälten vorbehalten.*