



Die Versicherung zahlt nicht oder fordert gar zurück – wie weiter?

Dr. iur. Pandora Kunz-Notter, Rechtsanwältin

Verweigert Ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung die Übernahme der Kosten einer Therapie oder Behandlung? Sind Sie Leistungserbringer und eine Versicherung fordert Sie auf, eine Rechnung zu korrigieren oder bereits erbrachte und verrechnete Leistungen zurückzuerstatten? Oder sind Sie verunfallt und die Unfallversicherung weigert sich, den Schaden zu übernehmen? Gerne zeigen wir Ihnen auf, welche Rechte Sie haben und wie Sie effektiv vorgehen können.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gewährt Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Diese umfassen unter anderem Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte, Behandlungen im Spital, Pflegeleistungen sowie bestimmte nicht ärztliche Leistungen. Ebenfalls übernimmt sie Kosten für gewisse Massnahmen der medizinischen Prävention. Bei Unfällen übernimmt die Krankenpflegeversicherung die Kosten jedoch nur, wenn die versicherte Person über keine andere Versicherungsdeckung verfügt.

Rechtsgrundlage bildet das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Danach übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

Die drei Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (kurz: WZW-Kriterien) bilden die zentralen Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenversicherung. **Alle drei Kriterien müssen kumulativ erfüllt sein.**

1. Wirksamkeit

Eine Massnahme muss nachweislich geeignet sein, den gesundheitlichen Zustand des Patienten zu verbessern oder eine Heilung zu fördern. Der Nachweis erfolgt in der Regel durch wissenschaftliche Studien, medizinische Leitlinien oder allgemein anerkannte medizinische Erkenntnisse.

2. Zweckmässigkeit

Die Behandlung muss im konkreten Einzelfall medizinisch sinnvoll sein. Sie muss geeignet sein, eine Krankheit zu diagnostizieren, zu behandeln, zu lindern oder ihr vorzubeugen. Leistungen ohne erkennbaren therapeutischen Nutzen können abgelehnt werden.

3. Wirtschaftlichkeit

Die Kosten müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen. Es dürfen keine unnötig teuren Verfahren eingesetzt werden, wenn eine gleichwertige, kostengünstigere Alternative zur Verfügung steht.

Pflichtleistungsvermutung bei ärztlichen Leistungen

Bei ärztlichen Leistungen gilt die sogenannte **Pflichtleistungsvermutung**. Das bedeutet, dass grundsätzlich die Vermutung

besteht, dass ärztlich verordnete Leistungen die WZW-Kriterien erfüllen, **sofern sie nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind** (z.B. durch entsprechende Verordnungen oder Negativlisten). Dies steht im Gegensatz zu anderen Leistungsbereichen (z.B. bei Arzneimitteln), in denen nur Leistungen vergütet werden, die auf einer Positivliste aufgeführt sind.

In der Praxis bestehen insbesondere bei neuen oder noch nicht allgemein etablierten Therapien häufig Unsicherheiten und Streitigkeiten. In diesem Zusammenhang ist auf einen Entscheid des Bundesgerichts zur sogenannten H.E.L.P.-Apherese (Urteil BGer 9C_702/2023 vom 15.2.2024) hinzuweisen. Dieses Verfahren ist insbesondere im Zusammenhang mit Long-/Post-COVID-Behandlungen bekannt geworden, bei denen Standardtherapien nicht gegriffen haben. In einem Fall vor dem Bundesgericht verlangte eine versicherte Person, dass ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten einer H.E.L.P.-Apherese übernimmt. Obwohl die Behandlung ärztlich verordnet wurde, lehnte die Versicherung die Kostenübernahme mit der Begründung ab, es fehle an ausreichender wissenschaftlicher Evidenz und an einer breiten Anerkennung in medizinischen Leitlinien.

Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil im Wesentlichen fest:

- Auch bei neuartigen oder umstrittenen Behandlungsmethoden gilt die Pflichtleistungsvermutung nach dem KVG. Das bedeutet: Solange ein behandelnder Arzt eine Therapie verordnet, gilt sie zunächst als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich.
- Eine Leistung darf nicht allein mit dem Hinweis auf unklare oder unzureichende Evidenz pauschal abgelehnt werden.
- Vielmehr ist eine sorgfältige und fundierte medizinische Abklärung erforderlich.
- Die Beweislast liegt bei der Versicherung, wenn sie geltend macht, eine Leistung erfülle die WZW-Kriterien nicht.

Da im konkreten Fall keine ausreichende medizinische Abklärung erfolgt war, wies das Bundesgericht die Sache an die Versicherung zurück und verpflichtete diese zu einer erneuten, vertieften Prüfung.

Was tun als versicherte Person?

Was können Sie tun, wenn Ihre Krankenpflegeversicherung beispielsweise eine ärztliche Leistung nicht übernehmen will?

- **Dokumente zusammenstellen:** Stellen Sie alle ärztlichen Berichte, Diagnosen, Verordnungen und weiteren relevanten Unterlagen zusammen.
- **Schriftliche Erklärung verlangen:** Verlangen Sie von Ihrer Versicherung eine nachvollziehbare schriftliche Begründung. Versicherungen haben eine Auskunftspflicht.

- **Beratungsstellen beiziehen:** Prüfen Sie, ob Sie sich an eine Ombudsstelle oder eine andere Beratungsorganisation wenden können.
- **Schriftliche Verfügung verlangen:** Wenn die Versicherung die Kosten nicht übernehmen will, soll sie Ihnen eine formelle Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung zustellen.
- **Einsprache prüfen:** Gegen die Verfügung können Sie innert Frist eine Einsprache erheben. Dies sollte in der Regel schriftlich erfolgen.
- **Beschwerde prüfen:** Gegen den Einspracheentscheid können Sie Beschwerde beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht einreichen. Eine Beschwerde ist auch möglich, wenn die Versicherung untätig bleibt und keine Verfügung erlässt.

Hinweis: Eine Beschwerde ist nur möglich, wenn eine Einsprache eingereicht wurde.

Was tun als Leistungserbringer?

Als Leistungserbringer im Sinne des KVG gelten insbesondere Ärzte. Grundsätzlich sind ärztliche Leistungen – unter Vorbehalt der WZW-Kriterien – von der Krankenpflegeversicherung zu vergüten.

In der Praxis kommt es jedoch vermehrt vor, dass Versicherungen bereits erbrachte und abgerechnete Leistungen nachträglich infrage stellen. Dabei werden Leistungserbringer beispielsweise aufgefordert, Rechnungen zu korrigieren oder bereits erhaltene Vergütungen zurückzuerstatten.

Empfohlenes Vorgehen:

- **Dokumentation zusammenstellen:** Stellen Sie sämtliche fallbezogenen Unterlagen vollständig zusammen.
- **Begründung verlangen:** Die Versicherung hat darzulegen, weshalb sie eine Rechnung beanstandet oder Rückforderungen stellt.
- **Verfügung verlangen:** Bestehen Sie auf einer formellen, anfechtbaren Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung.
- **Rechtsmittel prüfen:** Gegen eine solche Verfügung können – je nach Konstellation – die vorgesehenen Rechtsmittel ergriffen werden.

Was tun als verunfallte Person?

Als verunfallte Person haben Sie ein Interesse daran, dass die Leistungen durch die Unfallversicherung und nicht durch die Krankenpflegeversicherung übernommen werden. **Dies ist deshalb von Bedeutung, weil die Leistungen der Unfallversicherung in der Regel weiter gehen als jene der Krankenpflegeversicherung.**

In der Praxis kommt es jedoch vor, dass die Unfallversicherung ihre Leistungspflicht bestreitet.

In diesem Fall empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

- **Dokumentation des Unfalls:** Sichern Sie Unfallbericht, Fotos, Zeugenaussagen und medizinische Unterlagen.
- **Schadensmeldung:** Reichen Sie die Schadensmeldung fristgerecht und vollständig ein.
- **Begründung prüfen:** Lassen Sie sich eine Ablehnung begründen und prüfen Sie diese sorgfältig. Oft sind es Details, die entscheidend sind.
- **Rechtsmittel prüfen:** Verlangen Sie eine Verfügung und prüfen Sie die weiteren rechtlichen Schritte.

Fazit

Ob als versicherte Person, Leistungserbringer oder verunfallte Person: Auseinandersetzungen mit Versicherungen sind häufig komplex, aber rechtlich klar strukturiert. Entscheidend ist, dass Sie Ihre Rechte kennen und aktiv wahrnehmen. Versicherungen sind an gesetzliche Vorgaben gebunden und dürfen Leistungen nicht ohne Weiteres verweigern oder zurückfordern.

Es gilt Folgendes:

- Lassen Sie sich eine ablehnende Haltung der Versicherung immer schriftlich und begründet mitteilen.
- Bestehen Sie auf einer formellen Verfügung, nur so können Sie Ihre Rechte wirksam durchsetzen.
- Achten Sie strikt auf Fristen, insbesondere bei Einsprache und Beschwerde.
- Treffen Sie Ihre nächsten Schritte nicht vorschnell, sondern auf Grundlage einer sorgfältigen Analyse der Begründung.

Bei Unsicherheiten empfiehlt es sich, frühzeitig rechtlichen Rat einzuholen, um Fehler im Verfahren zu vermeiden und die Erfolgchancen zu erhöhen.