

So setzen Patienten ihre Ansprüche durch

Wenn die Kranken- oder Pflegekasse Leistungen nicht erbringen will, sollten Betroffene Widerspruch einlegen.

Von Anja-Carina Riechert

Braunschweig. Wenn eine Kranken- oder Pflegekasse den Antrag auf eine Leistung ablehnt, die sich ein Versicherter erhofft hat, kann er dagegen Widerspruch einlegen. Das gilt laut Andrea Zelesnik von „ProPatient“ – einem Braunschweiger Verein, der sich für die Rechte von Patienten einsetzt – auch, wenn im Bescheid der Kasse nicht steht, dass ein Widerspruch möglich ist. „Wichtig wäre, vorab zu schauen: Habe ich überhaupt diesen Anspruch?“, sagt sie. Im Zweifel kann der Betroffene sich bei Beratungsstellen, zum Beispiel bei „ProPatient“ oder bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland informieren.

Elke Lehmann aus Braunschweig leidet an Osteoporose. Infolge eines Sturzes erlitt sie eine komplizierte Schultergelenkfraktur und einen Oberschenkelhalsbruch. „Es war klar: Künftig würde ich Unterstützung im Alltag benötigen“, sagt die 73-Jährige. Doch was ist bei der Antragstellung bei der Pflegekasse auf Einstufung in eine Pflegestufe zu beachten? Elke Lehmann hatte viele Fragen und suchte Rat bei „ProPatient“.

Begutachtungstermin: Pflegebedürftiger sollte nicht alleine sein

„Bei einem Antrag auf Pflegeleistungen wird die Pflegestufe auch nach dem zeitlichen Aufwand für die Pflege festgelegt“, sagt Zelesnik. Doch vielen Patienten fehle das Gefühl für die Zeitdauer bei Pflegetätigkeiten wie Waschen und Hilfe beim Treppensteigen. Die Patientenberaterin rät zu einem Selbsttest mit der Stoppuhr, bevor ein Gutachter ins Haus kommt, um einen Erkrankten in eine Pflegestufe einzuordnen. „Das Ergebnis ist meist verblüffend: Die geschätzte Zeit ist häufig höher als die tatsächliche Spanne, die einzelne Abläufe brauchen“, sagt Zelesnik. Die Ergebnisse sollte man aufschreiben.



„Lehnt die Kranken- oder Pflegekasse den Antrag auf eine Leistung ab, sollte der Patient Widerspruch einlegen.“

Andrea Zelesnik, Geschäftsführerin des Vereins „ProPatient“



Jeder Patient hat das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung und den Anspruch auf alle Untersuchungsergebnisse des Erstbefundes.

Foto: Thinkstock

■ BERATUNGSSTELLEN

ProPatient e. V. wurde 2013 gegründet. Beratungsstelle: Königstieg 4, Braunschweig, ☎ 0531/30 29 25 70, aktiv@pro-patient.info, www.pro-patient.info, Erstgespräch kostenlos, jede weitere Beratungsstunde 70 Euro.

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland wurde 2006 gegründet und berät im Auftrag des Gesetzgebers zu ge-

sundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Die UPD ist ein Verbund gemeinnütziger Einrichtungen mit 21 Beratungsstellen bundesweit. Deren Träger sind Mitglieder oder Landesverbände der drei UPD-Gesellschafter: Sozialverband VdK Deutschland, Verbraucherzentrale Bundesverband, Verbund unabhängige Patientenberatung. Die nächste Beratungsstelle ist in Hannover: Herschelstraße 31, ☎ 0511 / 701 48-29

oder 701 48-73 oder 701 48-81.

Ein bundesweites Beratungstelefon der UPD gibt es außerdem: 0800 0 11 77 22 (Montag bis Freitag 10 bis 18 Uhr, Donnerstag bis 20 Uhr), www.patientenberatung.de

Die UPD wird über die Beiträge aller Krankenversicherter finanziert. Die Beratung ist daher kostenlos.

So werde es für den Gutachter leichter, das Zeitbudget realistisch einzuschätzen.

„ProPatient“ unterstützte Elke Lehmann bei der Antragstellung bei der zuständigen Pflegekasse. Als der Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zur Erstellung des Pflegegutachtens zu ihr nach Hause kam, stand ein Vereinsmitglied von „ProPatient“ der 73-Jährigen beratend zur Seite. „Das war beruhigend, ich fühlte mich sicherer“, sagt Lehmann. Die Pflegestufe 1 wurde wie erwartet anerkannt. Außerdem half der Verein Elke Lehmann, verauslagte Kosten für ihr Pflegebett nachträglich von der Pflegekasse erstattet zu bekommen, nachdem ihr Antrag zunächst abgelehnt

worden war. Zelesnik rät Elke Lehmann außerdem, wohnungsfeldverbessernde Maßnahmen bei der Pflegekasse zu beantragen, etwa elektrische Rollläden, da Elke Lehmann die Kraft fehlt, diese manuell herunterzulassen.

Häufig Fragen zu Leistungen der Kasse und zu Patientenrechten

Leistungen von Kostenträgern im Gesundheitswesen waren zwischen April 2013 und März 2014 auch Hauptthema bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Das geht aus dem Jahresbericht 2014 hervor. „Der Beratungsbedarf hat stark zugenommen, weil unser komplexes Gesundheitswesen viele Patienten überfordert“, sagt Elke Gravert von der UPD-Beratungs-

stelle in Hannover. Ein besonders oft nachgefragtes Thema war laut Jahresbericht die Ablehnung von stationären Reha-Maßnahmen. Wenn der behandelnde Arzt eine Reha als medizinisch notwendig einschätzt, sollte der Betroffene mit einem Widerspruch per Einwurfeinschreiben reagieren, rät Gravert. Üblicherweise habe der Versicherte vier Wochen Zeit.

Wichtig in jedem Fall: Der Versicherte sollte mit seinem Schreiben zugleich die Stellungnahme oder die Einschätzung des MDK der Kasse oder des Rentenversicherungsträgers in Kopie verlangen. Diese Beurteilung habe in der Regel zur Ablehnung geführt. Es sei wichtig, zu klären: „Was hat den Medizinischen Dienst bewogen, hier zu sagen, eine Reha ist



„Der Beratungsbedarf hat stark zugenommen, weil unser komplexes Gesundheitswesen viele Patienten überfordert.“

Elke Gravert, Unabhängige Patientenberatung Deutschland

nicht notwendig?“ Deutlich zugenommen haben zudem Beratungen zu Patientenrechten. „Das ist offenbar auch auf das Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 zurückzuführen“, sagt Gravert. „Viele wissen nicht, dass sie das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung und den Anspruch auf alle Untersuchungsergebnisse des Erstbefundes haben. Jeder Arzt ist verpflichtet, die Patientenunterlagen herauszugeben.“

Stopp des Krankengelds: Patient kann Widerspruch einlegen

Ein weiteres wichtiges Thema im UPD-Beratungsalltag ist das Krankengeld. Stoppt die Kasse die Zahlung von Krankengeld, können Betroffene Widerspruch einlegen. Hintergrund ist, dass die Kasse bei Ungereimtheiten in der Behandlung eventuell Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit bekommt. Um zu entscheiden, ob sie weiterhin Krankengeld zahlt oder damit aufhört, reichen ihr meist die bisherigen Behandlungsunterlagen. Der MDK, den sie in diesem Fall einschaltet, darf Untersuchungsergebnisse und Befunde anfordern und auswerten.

Die Patientenberaterin rät: „Besonders wichtig ist, dass auch der Arzt seine medizinische Einschätzung noch einmal wiederholt, also noch mal von der medizinischen Seite her auch Widerspruch einlegt.“ Solange der Arzt hinter dem Patienten stehe und klar medizinisch darlegen könne, warum hier eine Arbeitsunfähigkeit weiterhin bestehe, stünden die Chancen gut, dass der MDK das ebenfalls so sehe. Damit es gar nicht erst so weit komme, sei es gut, wenn der Patient bei längerer Krankschreibung gleich den Arzt fragt, wie es mit der Behandlung weitergehen soll. Denn häufig sei es nicht die Diagnose selbst, die die Kassen skeptisch mache, sondern wenn Beschwerden auffällig lange anhalten und kaum oder gar nicht behandelt würden.