



Judith Storf

## Interview mit der Unabhängigen Patientenberatung Krankenkassen & Patienten

Seit 2007 besteht für gesetzlich Versicherte die Versicherungspflicht, das heißt jeder Mensch in Deutschland muss krankenversichert sein. Aber die Krankenkassen verweigern immer mehr Leistungen wie beispielsweise Krankengeld, Reha oder Hilfsmittel. Das sollen laut Medienberichten Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) belegen. Der BIELEFELDER hat mit Judith Storf von der Unabhängigen Patientenberatung über Rechte und Pflichten der Kassen, aber auch die der Patienten gesprochen.

Was sind die häufigsten Reibungspunkte zwischen Krankenkasse und Patient?

**Judith Storf:** Zu uns kommen häufig Menschen, die Schwierigkeiten mit ihrer Krankenkasse haben. Daneben gibt es sicherlich eine ganze Reihe von Versicherten, die zufrieden sind. Häufig geht es um Versichertenrechte. Muss ich beispielsweise die Krankenkasse informieren, wenn ich krankgeschrieben bin und in dieser Zeit einen Auslandsurlaub antreten möchte.

Und? Muss ich die Kasse informieren?

**Judith Storf:** Aber ja! Wir beraten dahingehend, dass der Patient sich vom Arzt bescheinigen lässt, dass der Urlaub den Gesundwerdungsprozess unterstützt und nicht schadet. Beschwerden, mit denen wir hier häufiger zu tun haben, betreffen das Krankengeld. Oft sind das Menschen, die schon länger krankgeschrieben sind und dann die Aufforderung bekommen, sich beim Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) zu melden. Dann kann es sein, dass der MDK die Arbeitsfähigkeit bescheinigt und der Patient sehr kurzfristig wieder arbeiten soll.

Vergangene Woche hat beispielsweise ein Ratsuchender mit einem akuten Bandscheibenvorfall, der schwere körperliche Arbeit verrichten muss, erzählt, dass der MDK ihn als arbeitsfähig eingestuft hat. Sein Arbeitgeber hat uns angerufen und gesagt, dass er das keinesfalls verantworten könnte.

Was kann man in solch einem Fall tun?

**Judith Storf:** Sollte der MDK die Arbeitsfähigkeit feststellen, obwohl man offensichtlich krank ist, dann kann man den Arzt, der die Krankschreibung ausgestellt hat, bitten, die Krankenkasse aufzufordern ein zweites Gutachten in Auftrag zu geben. Zudem kann der Versicherte Widerspruch einlegen. Beschwerden hören wir auch von Ratsuchenden mit psychosomatischen Erkrankungen wie Depressionen oder Burn-out. Diese Patienten sind geschwächt und zum Teil nicht in der Lage, sich zu wehren. Patienten schildern, dass die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sehr kurz gewesen sei und sie selbst nicht zu Wort gekommen seien. Auch sei der Umgang beziehungsweise die Kommunikation nicht angemessen gewesen. Man

kann beispielweise jemanden mit einer Depression nicht in zwei Minuten ausreichend begutachten.

Welchen Spielraum haben die Krankenkassen überhaupt?

**Judith Storf:** In einem „Leistungskatalog“ sind alle Leistungen, Heil- und Hilfsmittel aufgelistet, deren Kosten von der Kasse übernommen werden. Zu Problemen kann es beispielsweise bei Arzneimitteln kommen, weil heute die Ärzte nur noch den Wirkstoff aufschreiben. Die Krankenkassen haben mit den Pharmaherstellern Rabattverträge. So ist es möglich, dass ein Patient nicht mehr sein gewohntes Präparat bekommt, sondern ein anderes. Da die Zusammensetzung etwas anders sein kann, ist es möglich, dass dieses Mittel nicht so gut vertragen wird. Der Patient sollte es aber ausprobieren, falls es nicht vertragen wird oder die gewünschte Wirkung ausbleibt, kann der Patient den Arzt um eine Bescheinigung bitten, und diese seiner Krankenkasse vorlegen. Gilt ein Patient nach Aussage seines Arztes als austherapiert, kann er im Rahmen einer Einzelfallentscheidung zusätzliche Therapien über die Krankenkasse beantragen. Besondere Rechte gelten hier beispielsweise für schwerkranke Menschen. Im Rahmen des Wettbewerbs werben einige Kassen damit, Teile der Kosten für beispielsweise Osteopathie, die keine Kassenleistung ist, zu übernehmen.

Obwohl seit 2007 die Versicherungspflicht besteht, sind einige Menschen nicht krankenversichert ...

**Judith Storf:** Offiziell wird von bundesweit 137.000 Nichtversicherten ausgegangen. Vermutlich sind es jedoch mehr. Problematisch ist auch der Fall, wenn Menschen ihre Beiträge nicht bezahlen können. Die erhalten nur noch eine Notfallversorgung. Das kann schon bei Versorgung mit Zahnersatz haarig werden. Bekommt derjenige dann nur eine schmerzstillende Spritze oder wird auch der Zahn versorgt?

Welche aktuellen Neuerungen gibt es?

**Judith Storf:** Die Säumniszinsen sind bei ausstehenden Beiträgen verringert worden. Bislang schrieb der Gesetzgeber vor, dass die Kassen fünf Prozent Zinsen nehmen müssen. Dadurch hat sich bei einigen Menschen eine enorme Schuldenlast angehäuft. Die Säumniszinsen sind nun auf ein Prozent reduziert worden, in einigen Fällen fallen die Säumniszinsen komplett weg. Auch die ausstehenden Beträge können nach der neuen gesetzlichen Regelung teilweise oder ganz erlassen werden. Im Patientenrechtegesetz ist die Entscheidungsfrist, in der die Kassen über einen Antrag entscheiden müssen neu geregelt worden. Innerhalb von drei Wochen muss die Kasse nun reagieren. Wird der MDK eingeschaltet, sind es fünf Wochen. Reagiert die Kasse innerhalb der Frist gar nicht, darf die Leistung in Anspruch genommen werden. Eine weitere Neuerung ist, dass die Krankenkasse künftig den Patienten unterstützen muss, wenn der Verdacht auf einen Behandlungsfehler besteht.