

Fallstudie

Inkontinenz-Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Um den Ausgang der nachfolgend geschilderten Ereignisse vorwegzunehmen: Im März 2009 erfolgte die vom Verfasser initiierte Neugründung der Selbsthilfegruppe Harninkontinenz+Blasenkrebs Pfullendorf als Resultat seiner diesbezüglichen Erfahrung, die er in dem nunmehr gegebenen Rahmen gerne weitergeben will.

Am 30.05.2008 erreichte mich ein Schreiben meiner Krankenkasse, dass ab 01.08.08 für die Versorgung mit Inko-Artikeln ausschließlich eine Firma im Allgäu (Distanz ca. 70 km) zuständig sei. Damit meine Versorgung lückenlos und bedarfsgerecht fortgeführt werden könne, wurden meine Kontaktdaten sowie die zur Versorgung notwendigen Informationen an den Vertragspartner weitergegeben.

Daraufhin bat ich die Krankenkasse schriftlich um ein Gespräch, da ich im Frühjahr 2008 große Probleme hatte, weil die bis dahin bezogenen Vorlagen sich in der Qualität verschlechtert hatten und nur durch viel Engagement und hilfreicher Kompetenz im örtlichen Sanitätshaus eine für mich befriedigende Lösung gefunden werden konnte.

Dieses Schreiben wurde zu keiner Zeit beantwortet und es erfolgte auch sonst keine Resonanz, obwohl in der Folgezeit zahlreiche Schreiben und E-Mails an die Krankenkasse geschickt wurden. Durch Telefonat mit dem Vertragspartner (Leistungserbringer) erfuhr ich zu meiner Überraschung, dass eine monatliche Grundgebühr von Euro 3,06 zu leisten sei, ob eine Lieferung stattfindet oder nicht und eine eventuelle Aufzahlung, wenn ‚höherwertige‘ Vorlagen geliefert werden sollten (was bei mir der Fall war). Die zu leistende Aufzahlung sollte ein Mehrfaches der bisherigen betragen. Im Übrigen würde man nur kartonweise liefern. Der Bezug von Inko-Vorlagen sollte sich also für mich erheblich verteuern.

Daraufhin telefonierte ich mit der Krankenkasse, jedoch konnte mir der zuständige Bezirksleiter die gewünschte Auskunft nicht geben, da er sich selber erst einmal informieren müsse. Der zugesagte Rückruf erfolgte nicht und bei einem telefonischen Anruf-Versuch fiel das Gespräch nach der Begrüßung zusammen (aufgelegt?). E-Mails wurden von der Kasse ungelesen gelöscht.

Bis Ende August 2008 wurden viele Briefe und E-Mails an die Kasse geschrieben, die in der Sache nie beantwortet wurden. Da ich ohne Kenntnis bzw. Bestätigung der Kasse der Lieferkonditionen keine Vorlagen-Bestellung vornehmen wollte, kam ich inzwischen in eine Notsituation, da der Vorrat zu Ende ging. Meine E-Mails mit diesem dringenden Hinweis wurden nicht beantwortet.

Am 21.08.08 informierte ich das Bundesversiche-

rungsamt (BVA) als zuständige Aufsichtsbehörde über den Vorgang und ebenfalls per E-Mail die Bundesbeauftragte Frau Kühn-Mengel (die bis heute nicht reagierte).

So sandte ich am 30.08.08 als letzten Versuch, um die dringend benötigten Vorlagen doch noch zu erhalten, dem Vorsitzenden des Vorstandes der Krankenkasse eine E-Mail und schilderte den gesamten Vorgang. Ab dem 04.09.08 hatte ich keine Vorlagen mehr zur Verfügung.

Jetzt kam zumindest Bewegung in die Angelegenheit und ich erhielt am 05.09. einen Karton Inko-Vorlagen. Eine Klärung der anstehenden Fragen erfolgte aber weiterhin nicht. Mit Datum vom 17.09.08 erhielt ich von der Krankenkasse einen Bescheid über Kostenübernahme Hilfsmittel, nach dem die monatlichen Kosten Euro 30,64 betragen sollten und der 10%ige Eigenanteil 3,06. Diesem Kostenbescheid wurde widersprochen, da die ermittelten Kosten nicht der Realität entsprachen, auch waren weitere Angaben nicht korrekt. Eine Bestätigung meines Widerspruches erhielt ich nach mehreren Anmahnungen mit Schreiben vom 05.11.08.

Mit Schreiben vom 14.10.08 teilte mir das BVA mit, dass die Kasse mitgeteilt habe, dass meine Versorgungssituation zwischenzeitlich zu meiner Zufriedenheit geklärt werden konnte und man sich über diese Entwicklung freue und meine Eingabe damit erledigt sei. Daraufhin teilte ich schriftlich mit, dass dem nicht so sei und wiederholte meine unbeantwortet gebliebenen Fragen und ergänzte diese um weitere.

Am 29.10.08 teilte mir die zuständige Fachabteilung der Krankenkasse mit, dass der Vorsitzende meine E-Mail mit Interesse gelesen hätte und erklärte die Notwendigkeit der neu eingetretenen Versorgungslage durch gesetzliche Vorgaben, ohne jedoch auf meine gestellten Fragen und die Kostensituation einzugehen.

Am 04.11.08 ruft mich der Bezirksleiter der Krankenkasse an, er sei in meiner Gegend und ob er mich besuchen könnte. Bei diesem Besuch nimmt er Bezug auf ein Schreiben seiner Kasse vom 07.10.08, das ich nicht erhielt und daher mir nicht vorlag. Auf meine Bitte hin erhielt ich am 07.11.08 per Post eine Kopie und konnte es so erstmals zur Kenntnis nehmen.

Das BVA teilt mir mit Schreiben vom 07.11.08 mit, dass sie mein Schreiben an meine Krankenkasse weitergeleitet und diese gebeten haben, mir direkt zu antworten.

Mit Schreiben vom 11.11.08 erhalte ich von der Kasse einen neuen Kostenübernahmebescheid, der sich gegenüber dem ersten nur bezüglich des Zeitraumes unterscheidet. Da der erste nicht zurückgenommen wurde, habe ich nunmehr zwei gültige Kostenbescheide. Auch diesem wurde widersprochen.

Mit Schreiben vom 21.11.08 teilt mir die Kasse mit, dass man das BVA über meinen Versorgungsfall schriftlich informiert habe und ich von dort eine Nachricht erhalten werde, und um dieser Antwort nicht vorzugreifen man auf eine weitere Stellungnahme verzichtet. Das Schreiben des BVA vom 01.12.08 ist eine Darlegung der Gesetzeslage der Gesetzlichen Krankenversicherung und teilt mir am Schluss mit, dass man meine Kasse zu einer Durchführung eines ordnungsgemäßen Widerspruchsverfahrens aufgefordert habe.

Inzwischen hatte ich im November die Unabhängige Patientenberatung Deutschland kontaktiert, die den kompletten Schriftverkehr anforderte und diesen von einer Juristin überprüfen ließ.

Meine Krankenkasse schrieb mir am 22.12.08 aufgrund meiner Widersprüche, dass das BVA mich über die Zulässigkeit und die rechtlichen Grundlagen der Inkontinenzversorgung durch den Leistungserbringer informiert habe und bat um Unterschrift eines beigefügten Vordruckes, dass meine Widersprüche zurückgenommen werden bzw. aufrecht gehalten werden.

Bei einem Telefonat mit der Kasse am 30.01.09 erhielt ich erstmals die Auskunft, dass die monatliche Grundgebühr generell zu zahlen ist, egal ob ein Dauer-Rezept oder eine Einmal-Verordnung Grundlage eines durch den Urologen verordneten Bedarfs ist. Außerdem erfuhr ich auf Nachfrage, dass es nur eine Versorgungsklasse in dem zwischen Kasse und Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrag gibt (mit einem Versorgungsbetrag von monatlich Euro 30,60). Bei diesem Telefonat teilte man mir des weiteren mit – nachdem man sich erkundigte, wie mein täglicher Bedarf an Inko-Vorlagen sei –, dass ich überhaupt keinen gesetzlichen Anspruch auf diese Leistung und der Übernahme der Kosten durch die Kasse habe. Auf meine Bitte um Übermittlung entsprechender Gesetzesvorlage erhielt ich einen Auszug aus dem MDK-Hilfsmittelverzeichnis, Zitat: *Die Verordnung von Inkontinenzhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung kommt dann in Betracht, wenn minde-*

stens mittelgradige (Richtwert: 100 ml in 4 Stunden) Harninkontinenz . . . vorliegt.

Mit Schreiben vom 05.02.09 wurde der Kasse nach Rücksprache mit dem Urologen mitgeteilt, dass aufgrund meines Krankheitsbildes (Blasenkrebs und Anlage einer Neoblase) mit einer ärztlichen Verordnung ein Leistungsanspruch an die Krankenkasse begründet sei.

Durch ein dreiseitiges Schreiben der unabhängigen Patientenberatung mit Stellungnahme zum Vorgang konnte ich meine Widersprüche am 23.02.09 nochmals untermauern.

Obwohl keine Reaktion der Kasse erfolgte, konnte ich wenigstens erreichen, dass ich für März, April und Mai jeweils eine Ausnahmegenehmigung erhielt und die benötigten Inko-Vorlagen bei der örtlichen Apotheke kaufen konnte. Der gezahlte Betrag wurde abzüglich des 10%igen Eigenanteils von der Kasse erstattet.

Am 26. Mai erhielt ich einen Anruf der Kasse, dass man sich entschlossen habe, meinen Widersprüchen abzuhelpen und mir eine individuelle Ausnahmeentscheidung zubillige, d.h. Verfahrensweise wie in den zuvor geschilderten Monaten. Dieses wurde auch schriftlich bestätigt.

Somit endete nach über einem Jahr dieser umfangreiche Vorgang mit meiner Krankenkasse für mich positiv. Aber er hat mich auch viel Zeit, Kraft und Nerven gekostet.

Nachzutragen wäre noch, dass ich auch den Bundesbeauftragten für den Datenschutz eingeschaltet hatte, *der mir mitteilte, dass die Krankenkasse die Erforderlichkeit der Datenübermittlung . . . [mit dem Umstand begründete], dass gerade ältere Personen von Inkontinenz betroffen sind und dieser Personenkreis häufig nicht in der Lage ist, die Versorgungsumstellung zu begreifen, bzw. notwendige Schritte (eigenständige Kontaktaufnahme mit den Leistungserbringern) einzuleiten, so dass die unmittelbare Datenübermittlung durch die . . . [Krankenkasse] zur Gewährleistung einer nahtlosen Versorgung der Versicherten erforderlich sei.* Ob diese Erforderlichkeit tatsächlich im Regelfall gegeben ist, hatte ich bezweifelt.

Bei der involvierten Krankenkasse handelt es sich um – nach eigenen Angaben – eine der größten Ersatzkassen der GKV.

Michael Wiontzek, Pfullendorf