

Eingeladen zu dem Thema war Herr Frank Rudolf von der AOK.

Viele Fragen wurden von den Mitgliedern unserer Selbsthilfegruppe gestellt. Die wichtigsten Antworten von Herrn Rudolf werden hier zusammen gefasst:

- einige Hilfsmittel, wie z.B. Badlifter und „Schnarchgeräte“ werden ausgeschrieben und **ein** Leistungserbringer erhält von der Krankenkasse (KK) den Zuschlag
- Bei Inkontinenzartikeln muss noch viel selbst gezahlt werden, das soll geändert werden. Herr Rudolf rät zum Widerspruch. Es wird nur das medizinisch Erforderliche gezahlt, was darüber hinaus geht (z.B. **noch** weichere Windeln), muss man selbst zahlen.
- Benötigt man Hilfsmittel, muss man sie vom Arzt verordnen lassen. Unter 200 € sind genehmigungsfrei, da geht man zum Sanitätshaus (SH) und sucht mit ihm gemeinsam etwas aus. Ansonsten schickt das SH die Verordnung zur KK, die prüft und schickt sie zurück zum SH. Dorthin geht man so lange, bis das Hilfsmittel passt. Auch für die Reparatur ist das SH zuständig.
- Bei Beantragung jeder Leistung gilt das Patientenrechtegesetz, § 13, Absatz 3a im V. SGB. Die AOK hat 3 Wochen Zeit, über die Bewilligung zu entscheiden, in besonderen Fällen 5 Wochen, wenn der MDK eingeschaltet werden muss (das wird mitgeteilt). Reagiert die KK innerhalb dieser Zeit nicht oder hat sie nicht nachvollziehbar mitgeteilt, warum die Entscheidung länger als 3 bzw. 5 Wochen dauert, gilt die beantragte Leistung als genehmigt und die KK **muss** bezahlen.

Widerspruch gegen eine Ablehnung kann vor Ort in einer Geschäftsstelle der KK aufgenommen werden.

- Wenn einem ein Arzt ein Hilfsmittel verordnet, heißt das, dass dieses medizinisch erforderlich ist. Eine Aussage der KK, dass es nur Leuten zu steht, die noch arbeiten, geht gar nicht. Bei solchen Falschaussagen soll man sich über den Mitarbeitern beschweren. Jeder hat das Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Ein Rollstuhl ist ca. 6 Jahre „haltbar“, orthopädische Schuhe 3 Jahre, danach ist ein Austausch nötig. Man muss versorgt sein, egal, ob Kind, Rentner oder Werkstätiger.
- Das Bundessozialgericht hat jedoch gesagt, dass es keinen Anspruch auf Doppel- oder Wechselversorgung gibt, egal, ob man noch arbeitet oder nicht.
- Es gibt Verträge der KK mit Sanitätshäusern, da ist geregelt, was das Haus machen muss. Diese Verträge müssen öffentlich gemacht werden, man kann sie z.B. im Internet nachlesen.

Wenn etwas nicht klappt, sind die KK froh, wenn man ihr entsprechende Hinweise gibt.

Herr Rudolf will z.B. klären, warum ein Mitglied unserer Gruppe 4 Wochen auf eine Batterie für den Badlifter warten musste.

- Einem Poliopatenten wurde nach mehreren Kurablehnungen im persönlichen Gespräch mit der KK gesagt, dass er sich nur ein paar schöne Tage machen wolle. Solche Äußerungen soll man sich lt. Herrn Rudolf nicht gefallen lassen, sondern aufschreiben, wer was wann gesagt hat und dann eine Beschwerde oder Dienstaufsichtsbeschwerde machen.
- Ein Mitglied gab zu bedenken, dass es früher einen festen Sachbearbeiter bei der KK gab, der einen kannte. Jetzt müsse man durch die anonymisierten Callcenter alles immer wieder neu erklären. Vorschlag, in den Daten müsste z.B. gleich zu sehen sein Chronisch krank, alle 2 Jahre zur Kur bisher. Jetzt bekomme man oft gar nicht erst einen Antrag. Zu dem Thema sollten wir uns Herrn Laumann, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, einladen bzw. über solche Dinge informieren, da sei der sehr dankbar.

Es sei aber so, dass der Bearbeiter bei der KK schon die Krankheit vor sich auf dem

Bildschirm habe, an der man leidet. Ansonsten solle man sagen: die und die Krankheit habe ich und das und das brauche ich.

- Jeder, der das 15. Lebensjahr vollendet hat, hat jederzeit das Recht, einen Antrag zu stellen, er muss nur medizinisch begründet sein. Der zum Kurantrag berechnigte Arzt habe auch einen Antrag auf einen Antrag.

Laut § 14 und 15, SGB I sind die Krankenkassen verpflichtet zu informieren, zu beraten, alle Auskünfte zu erteilen und Anträge aus zu händigen.

- Die Pflegeversicherung wurde 1995 eingeführt und gilt bis 31.12.2016. In diesem Jahr wird ein neues Gesetz verabschiedet. In diesem werden körperliche und geistige Einbußen gleichermaßen beachtet. Es wird 5 Pflege**grade** (nicht mehr - stufen) geben. Alle, die nach neuem Recht weniger Pflegegeld bekommen würden, haben Besitzschutz und bekommen das gleiche Geld wie bisher. Wer schon eine Pflegestufe hat, muss erst mal gar nichts machen.

Wenn künftig in einem Pflegegutachten steht, dass man einen Badlifter braucht, gilt das als Antrag an die Pflegekasse.

Das Pflegegeld wird dynamisiert entsprechend der Lohnentwicklung.

- Man kann Haushaltshilfe beantragen bei der KK, die AOK habe die besten Haushaltshilfeangebote deutschlandweit.

Soweit in etwa die Aussagen von Herrn Rudolf von der AOK. Wenn es Bedarf gibt, kommt er gerne wieder in unsere Gruppe. Wir fühlten uns von ihm gut angehört und beraten und bedankten uns herzlich bei ihm.

Dörte Halbekath