

HKP: Mit Widerspruch zum Recht

ES IST NICHTS NEUES: NACH WIE VOR LEHNEN KRANKENKASSEN MASSENWEISE VERORDNUNGEN HÄUSLICHER KRANKENPFLEGE ZU UNRECHT AB. DIE KASSEN WERDEN NICHT MÜDE, IMMER WIEDER NEUE ARGUMENTE ZU (ER-)FINDEN, WARUM DIE LEISTUNGEN ANGENEBLICH NICHT GENEHMIGT WERDEN KÖNNEN. WEIL SICH NUR WENIGE PATIENTEN WEHREN, GEHT DIE STRATEGIE DER KASSEN ZU OFT AUF.



> Von Julia Lückhoff

Ablehnungsgründe wie unvollständig ausgefüllte Verordnungen, nicht vorgelegte Wunddokumentationen oder nicht fristgerecht eingereichte Verordnungen dürften jedem ambulanten Dienst bekannt sein. Die Leistungen müssen aber erbracht werden, die Patienten trauen sich nicht, einen Widerspruch zu schreiben und ambulante Dienste erbringen die Leistungen dann zum Teil unentgeltlich. Das wissen auch die Krankenkassen und lehnen ärztliche Verordnungen mit häufig offensichtlich rechtswidrigen Begründungen ab. Die Patienten resignieren und suchen die Schuld bei den Pflegediensten.

UNVOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE VERORDNUNGEN

Über die Versorgung bestimmt der behandelnde Arzt. Das ordnungsgemäße Ausfüllen des Musterformulars ist daher seine Aufgabe. Sind die Verordnungen nicht vollständig oder falsch ausgefüllt, ist es die Pflicht der Krankenkassen, fehlende Informationen beim Arzt anzufordern und den Sachverhalt so aufzuklären, dass sie über den Antrag der Patienten entscheiden können. Es geht nicht zu Lasten der Patienten, wenn Angaben fehlen oder unvollständig sind.

KÜRZUNG AUF QUARTALE/HINWEIS AUF PFLEGEPERSONEN

Auch die Bestimmung der Art und Weise sowie der Dauer der ärztlichen Verordnung obliegt dem behandelnden Arzt. Hält dieser eine verordnete Leistung für nicht mehr erforderlich, informiert er die Krankenkassen. Ändert sich etwas an der häuslichen Situation, berichtet der ambulante Dienst hierüber dem Arzt, der seine Verordnung gegebenenfalls ändern muss. Eine Kürzung auf Quartale ist daher genauso rechtswidrig wie die Ablehnung mit dem Hinweis auf im Haushalt lebende Personen oder Pflegepersonen. Holen Sie daher keine neuen Folgeverordnungen ein, sondern raten Sie Ihren Patienten, gegen die Befristung Widerspruch zu erheben. Auch eine Befristung ist eine (Teil-)Ablehnung.

ENTSCHEIDUNG NUR NACH VORLAGE DER DOKUMENTATION

Halten die Krankenkassen ärztlich verordnete Leistungen medizinisch nicht für notwendig, müssen sie den MDK einschalten. Die jeweiligen Sachbearbeiter sind keine Mediziner und dürfen selbst keine Gesundheitsdaten erheben. Solche Informationen gehören ausschließlich in die Hände der Gutachter des MDK, sobald diese einen Auftrag durch den Sachbearbeiter der Krankenkassen erhalten. Versenden Sie niemals medizinische Unterlagen wie Wunddokumentationen oder Blutzuckerprotokolle an die Krankenkassen, auch nicht im verschlossenen Umschlag. Sie verstoßen damit gegebenenfalls gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen und machen sich unter Umständen sogar strafbar.

RÜCKWIRKENDE VERORDNUNGEN

Sind der Hausarzt und der Vertretungsarzt nicht erreichbar und muss der Patient nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter versorgt werden, sind auch nach dem eigentlichen Leistungsbeginn ausgestellte Verordnungen von den Krankenkassen zu genehmigen. Machen Sie sich Kopien der Entlassungsberichte bzw. der Anordnungen der Krankenhausärzte und dokumentieren Sie die Nichterreichbarkeit der weiterbehandelnden Ärzte. Ausnahmsweise sind nämlich auch rückwirkende Verordnungen von den Krankenkassen zu genehmigen. Sie müssen aber besonders begründet werden.

Idealerweise lassen Sie die Krankenhausärzte die Verordnungen übergangsweise ausstellen, damit es gar nicht erst zu Schwierigkeiten in diesem Bereich kommen kann. Diese dürfen eine Verordnung für bis zu fünf Arbeitstage ausstellen.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- Versenden Sie keine medizinischen Unterlagen an die Sachbearbeiter der Krankenkassen, auch nicht im verschlossenen Umschlag. Lassen Sie sich den Namen des MDK-Gutachters nennen und senden Sie die Unterlagen ausschließlich an diese Adresse.
- Lassen Sie sich Verordnungen auch von den Krankenhausärzten ausstellen, um die Ablehnung von rückwirkenden Verordnungen durch die Krankenkassen zu vermeiden.
- Überprüfen Sie, ob die Krankenkassen innerhalb von drei bzw. fünf Wochen über die Anträge Ihrer Patienten entscheiden oder ihnen Gründe für die Verzögerung mitteilen.
- Empfehlen Sie Ihren Patienten einen auf das Sozialrecht spezialisierten Anwalt, der die Widerspruchsverfahren für Ihre Patienten führt. Verliert die Kasse, wie so oft, muss sie die Anwaltskosten erstatten.

VERZÖGERUNG DER BEARBEITUNG

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, innerhalb von drei (bei Vorlage an den MDK innerhalb von fünf) Wochen über die eingereichte Verordnung zu entscheiden. Können die Krankenkassen diese Fristen nicht einhalten, müssen sie unter Angabe der Gründe mitteilen, dass sich die Bearbeitung verzögert. Halten die Krankenkassen diese Fristen nicht ein und teilen sie auch keine Gründe hierfür mit, kann sich der Versicherte die Leistungen selbst beschaffen und die Krankenkassen müssen sie bezahlen.

WAS IST ZU TUN?

Ermutigen Sie Ihre Patienten, sich anwaltlich beraten zu lassen und dann gegen jede zu Unrecht abgelehnte Verordnung mit einem Widerspruch vorzugehen. Die meisten Widersprüche führen schnell zum Erfolg. Wenn die Krankenkasse mehr Anwaltskosten zahlt, als sie durch die Ablehnung einsparen kann, ändert sich die Genehmigungspraxis meist grundlegend. Halten die Krankenkassen die Fristen zur Entscheidung über die Anträge häuslicher Krankenpflege nicht ein, raten Sie Ihren Patienten, bei deren Krankenkassen die Erstattung der entstandenen Kosten gelten zu machen. Entscheiden die Krankenkassen nach Fristablauf, ist diese Ablehnung schon aufgrund der Nichteinhaltung der Frist rechtswidrig und mit einem Widerspruch erfolgreich anzugreifen.

 www.iffland-wischnewski.de

**JULIA LÜCKHOFF**

- > Fachanwältin für Sozialrecht
- > Kranken- und Pflegeversicherungsrecht
- > Recht der ambulanten Pflege
- > Vertragsrecht in der Fachkanzlei für die Sozialwirtschaft Iffland Wischnewski Rechtsanwälte, Darmstadt.

FOTO: ALEXANDER HEIMANN