


Briefe von Versicherten  
an die Abgeordneten vom  
Bundestagsgesundheitsausschuss

Sehr geehrte Damen und Herren des Bundestagsgesundheitsausschusses,

Ich habe über die sozialen Netzwerke erfahren, dass Sie sich am 26.11.2019 zu einer Podiumsdiskussion zusammen treffen. Aus diesem Grund habe ich mich entschlossen Ihnen zu schreiben, da die momentane Situation für mich als Kassenpatient sehr schwer ist.

Ich bin  Jahre alt, und leide seit mehreren Jahren unter einem Lip-Lymphödem. Durch dieses habe ich zusätzlich Bluthochdruck bekommen, da das Herz durch den Abtransport der Lymphflüssigkeit in hohem Maße beansprucht wird.

Ich gehe zwei mal die Woche jeweils eine Stunde und 45 Minuten zur manuellen Lymphdrainage und mache so weit es mir möglich ist, so viel wie möglich Sport. Jedoch gehe ich mindestens ein Mal die Woche zur Wassergymnastik und einen anderen Tag zum Rehasport. Bewegung ist trotz meiner Krankheit wichtig für mich, da ich nur so zusätzlich zu einer Entstauung beitragen kann. Selbstverständlich trage ich seit Diagnosestellung meine Kompressionsbestrumpfung. Diese benötige ich für den ganzen Körper, da auf Grund einer späten Diagnostik sich das Krankheitsbild auf den ganzen Körper ausgebreitet hat.

Um mir mein Leben leichter und damit lebenswerter zu machen habe ich bei meiner Krankenkasse (IKK Brandenburg-Berlin) einen Lymphomaten beantragt, um auch zu Hause die Möglichkeit zu haben, eine Kompressionstherapie durchführen zu können. Natürlich würde der Lymphomat die Lymphdrainage nicht ersetzen, aber er würde meine Schmerzen lindern können und mein starkes Druck- und Schmerzgefühl aus den Beinen verringern. Diesen habe ich bereits im August 2019 bei meiner Krankenkasse beantragt. Leider habe ich jedoch bis heute keine Ablehnung erhalten. Jedoch auch keine Zusage bzw. Genehmigung erhalten. Mir wurde lediglich Mitte August ein Schreiben, mit der Bitte um eine Stellungnahme von mir und meiner Ärztin, warum ich ein solches Gerät benötige zugesandt. Diese Schreiben sind dann im September bei der IKK BB eingegangen. Anschließend wurde mir im Oktober mitgeteilt, dass der Fall dem MDK übergeben wurde. Seitdem ist leider nichts mehr von meiner Krankenkasse zu hören oder zu lesen.

Mir würde ein solcher Lymphomat das Leben sehr erleichtern. Aus diesem Grund finde ich es sehr traurig, dass ein Sachbearbeiter in der Krankenkasse darüber entscheiden darf, ob mir ein solches Gerät zusteht. Bereits bei der Beantragung hat das Sanitätshaus im Anhang der Beantragung zum Beispiel Fotos von mir beigelegt, welche meinen Gesundheitszustand darlegen. Trotzdem wurde mir ein solches Gerät noch immer nicht genehmigt.

Mich macht es sehr traurig, dass ich als junger Mensch um alles bei der Krankenkasse kämpfen muss. Ich möchte mir auch mit Hilfe eines Lymphomaten so lange als möglich meine Arbeitsfähigkeit erhalten.

Es gibt vermehrt Tage, an denen es mir schwer fällt zur Ruhe zu kommen, da meine Beine abends sehr vollgelaufen und prall und somit sehr schmerzhaft sind.

Ich weiß, dass Sie mir in meinem Fall nicht direkt helfen können, aber dennoch wünsche Ich mir, dass Sie es Menschen wie mir möglich machen sich das Leben trotz einem Lip-Lymphödem so angenehm wie möglich zu gestalten. Ich wünsche niemandem diese Krankheit.

Bitte machen Sie uns betroffenen das Leben leichter, in dem nicht jede Indikation vom Arzt durch die Krankenkasse in Frage gestellt werden darf. Dies wäre mein größter Wunsch und würde mir persönlich das Leben erträglicher machen.

Vielen Dank für Ihre Zeit.

Mit freundlichen Grüßen



25.11.2019

Bundestag der Bundesrepublik Deutschland  
Gesundheitsauschuß

Sehr geehrte Damen und Herren,  
als ich von der Podiumsdiskussion erfuhr, habe ich mich aus aktuellem Anlass  
entschlossen Ihnen zu schreiben und Sie zu bitten etwas an der aktuellen Kassenpraxis  
zu ändern.

Ich bin 65 Jahre alt und leide seit vielen Jahren unter anderem unter den chronischen  
progredienten Erkrankungen Varikosis, venöser Insuffizienz, Lipödem und Lymphödem.  
Wegen dieser und anderer Krankheiten wurde ich vor 10 Jahren invalidisiert.

Zur Linderung meiner Beschwerden wurde mir vom Lympfologen Dr. Nekwasil aus dem  
Klinikum Nordhausen ein Kompressionstherapiegerät verordnet welches problemlos von  
der IKK gesund plus / Ost im Jahr 2007 genehmigt wurde. Die Therapie mit diesem Gerät  
habe ich täglich ein bis zweimal genutzt und manchmal sogar nachts wenn ich vor  
Schmerzen nicht schlafen konnte.

Nach zwölf Jahren ständiger Nutzung sind die Beinmanschetten defekt und da das Gerät  
nicht mehr produziert wird musste eine Ersatzbeschaffung beantragt werden. Damit ging  
das Drama los, es wurde abgelehnt, nach meinem ersten Widerspruch erhielt ich eine  
Vorladung zum MDK. Die Gutachterin versuchte mir das Gerät auszureden dafür aber eine  
dreiwöchige Reha Maßnahme einzureden. Ich hatte schon eine Reha, deren Effekt war  
nach wenigen Wochen verfliegen. Wie konnte es anders sein, von meiner Krankenkasse  
Ikk gesund plus kam unter Berufung auf das Gutachten des MDK eine Ablehnung. Ich ging  
erneut in Widerspruch und forderte das Gutachten an, dieses kam und der Name der  
Gutachterin war geschwärzt.

Als klar wurde, dass meine Krankenkasse auf keinen Fall entgegenkommen würde und  
alles auf die endgültige Ablehnung hinaus läuft, habe ich das Recht auf persönliche  
Anhörung vor dem Widerspruchsausschuss auf der Grundlage des GG Artikel 107 und  
des § 24 SGB X gefordert.

Die persönliche Anhörung vor dem Widerspruchsausschuss wurde von der IKK rigoros  
abgelehnt. Und so kam was zu erwarten war, der Widerspruchsausschuss hat am  
20.11.2019 ohne meine Anhörung den Willen der Ikk gesund plus als endgültigen  
rechtsmittelfähigen Bescheid zu Papier gebracht und ich kann jetzt nur noch beim  
Sozialgericht Magdeburg Klage einreichen.

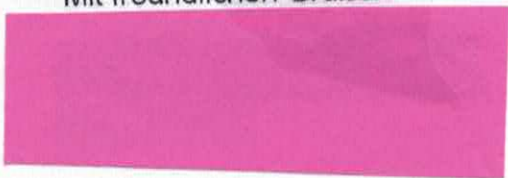
Aus der Presse weiß ich, dass auf Grund von Richtermangel ein Verfahrensstau besteht  
und somit ein jahrelanges Warten auf den Prozessbeginn ansteht.  
Recht haben und Recht bekommen sind also zwei verschiedene Seiten der Einsparung  
der Kassen.

Auf Grund meiner geringen Rente kann ich mir kein geeignetes Gerät selber kaufen. Den  
Weg zur Physiotherapie (ich wohne auf dem Land) kann ich nur in Begleitung bewältigen  
und auf der Behandlungsliege bekomme ich immer starke Rückenschmerzen und  
Atemnot. Da sich mein Gesundheitszustand ohne die notwendige Therapie immer weiter  
verschlechtert, kann ich also nur noch auf mein baldiges Ableben hoffen. Ich bin eben

nicht gesund plus sondern krank minus.

Auch wenn sie mir nicht direkt helfen können, bitte ich Sie mir mitzuteilen ob sich aus dem Artikel 107 GG bzw § 24 des SGB X das Recht auf eine persönliche Anhörung ergibt. Wenn nicht bitte ich ich Sie für mich und andere Betroffene den § 24 SGB X dahingehend zu ändern dass ein Anwesenheitsrecht von Betroffenen bei Ihren Widerspruchsverfahren vor dem Widerspruchsausschuss der Krankenkassen besteht. In meinem Fall (Ersatzbeschaffung) wäre das Ergebnis eventuell anders ausgefallen.

Mit freundlichen Grüßen



An den Bundestag

Montag, 25. November 2019

## Bundesgesundheitsausschuss

Sehr geehrte Damen und Herren des Bundesgesundheitsausschusses,

als ich von der Podiumsdiskussion erfuhr, habe ich mich aus aktuellem Anlass entschlossen, Ihnen zu schreiben und Sie zu Bitten etwas an der aktuellen Kassenpraxis die in Deutschland herrscht zu ändern.

Ich bin 58 Jahre alt und leide am Lymphödem Grad II und Thrombophylie. Habe täglich schmerzende und dick geschwollene Beine.

Ich bekomme seit Beginn der Erkrankung Lymphdrainagen 1-2 mal die Woche verschrieben, trage Kompressionsstrümpfe was gerade im Sommer sehr unangenehm ist. Ich mache Übungen zu Hause die das Abschwellen der Beine fördert. Und das nun schon seit einem Jahr fortlaufend. Trotz aller Bemühungen hat meine Ärztin festgestellt dass das alles nicht viel hilft. Da ich in einer Privatklinik 2018 die Erfahrung gemacht habe mit einem IPK-Gerät was sehr angenehm war und mir Nachts die Schmerzen genommen hat sprach ich mit meiner behandelnden Ärztin für eine Verschreibung dieses Gerätes.

Ich beantragte dieses Gerät 2019 im März. Leider habe ich bis jetzt den 3. Widerspruch meiner Krankenkasse BKK VBU. Von der Krankenkasse erhält man nur standardisierte vorgefertigte Briefe. Wenn man telefonisch nachfragt geben Sie als Auskunft dass sie nichts dafür können, sondern der medizinische Dienst das entscheidet. Was ja so nicht stimmt. Man wird behandelt wie ein Mensch 3. Klasse. Man hat noch Lust am Leben teilzunehmen, aber solche Ereignisse werfen einen immer wieder zurück.

Ich habe das Recht auf persönliche Anhörung vor dem Widerspruchsausschuss auf der Grundlage des Grundgesetzes Artikel 107 und des § 24 SGB. Dies wurde erst gar nicht in Erwägung gezogen obwohl mir dies zusteht. Die Krankenkasse schiebt den schwarzen Peter immer an den MDK weiter.

So kann es doch in Deutschland nicht weiter gehen, es ist eine Zumutung für den Patienten. Ich bitte sie inständig in diesem speziellen Fall etwas zu unternehmen und sich für mich einzusetzen, dass sich meine Lebenssituation bessert. Wenn es persönlich nicht machbar ist, dann setzen sie sich insgesamt mehr ein dass an den Zuständen der Krankenkassen etwas geändert wird. Die sitzen auf Ihren Geldern als wäre es ihr eigenes Geld.

Selbst eine lapidare Ernährungsberatung ( Einzelberatung ) wurde abgelehnt. Man soll nur noch zahlen, das kann es aber auch nicht sein.

Ich erwarte von Ihnen eine schriftliche Stellungnahme meines Falles. Vielleicht können Sie ja etwas bewirken. Mir bleibt jetzt nur noch die Klage vor dem Sozialgericht. Ich finde das beschämend.

Ich teile Ihnen meine persönlichen Daten für ein Antwortschreiben mit.



## Eine wahre Geschichte

Sehr geehrte Mitglieder des Bundestagsgesundheitsausschusses,

„vielfältige Leistungen mit persönlichen Services“ das ist der Slogan meiner Krankenkasse der AOK Nordost, ich durfte testen, bin begeistert und möchte darüber berichten.

Am 3. September 2012 hat sich eine Hautärztin mal meine Beine angesehen. Sie waren ein bisschen dick und rötlich coloriert. Sie meinte, ein offenes Bein ist nicht weit (hatte meine Mutter auch, war wirklich nicht schön), deshalb könnte ein Kompressionstherapiegerät helfen, einfach zu handhaben und täglich nutzbar. Meine Bekannte aus Hannover hatte ein solches Gerät, bei meinen Besuchen konnte ich es regelmäßig nutzen, deshalb fand ich den Vorschlag super. Die Ärztin gab mir ein Rezept und eine Visitenkarte, nach Anruf beim Außendienstmitarbeiter ging der Krimi los. Der gute Mann kam, stellte mir verschiedene Geräte vor und fragte viel. Meine Frage nach der Versorgungsprognose wurde knapp beantwortet: AOK heißt MDK und damit Ablehnung. Bereits wenige Tage später, brachte der Briefträger den Ablehnungsbescheid. Die Astrid vom MDK konnte einerseits nichts erkennen, sah aber andererseits „deutliche Hinweise auf mögliche Kontraindikationen“, ohne diese auch zu benennen. Ich war mächtig sauer, seit 1946 berufstätig und fast nie krank, jetzt brauche ich etwas und werde so abgefrühstückt. Meinem Widerspruch wurde nicht entsprochen, im Februar 2013 kam der endgültige Ablehnungsbescheid. Mit dieser Willkür wollte ich mich nicht abfinden, ich reichte Klage beim Sozialgericht ein, beschwerte mich beim Vorstand der AOK und bei der damaligen Gesundheitsministerin vom Land Brandenburg Anita Tack und holte noch eine ärztliche Zweitmeinung von einer Gefäßspezialistin ein. Diese Ärztin bestätigte sowohl die Diagnose, als auch die Notwendigkeit der verordneten apparativen Therapie.

Offensichtlich durch Beschwerden und Sozialgerichtsklage neugierig geworden, wollte man mich unbedingt persönlich kennenlernen. Mitarbeiter der AOK reservierten extra für mich einen Termin beim Medizinischen Dienst – dem MDK Berlin und genehmigten mir sogar eine Taxifahrt aus dem Havelland zum MDK, in das Zentrum von Berlin. Zu meinem Erstaunen war die Astrid nicht nur die Erst- sondern auch die Zweitgutachterin und etwas später hat sie sogar ein drittes Gutachten über mich erstellt.

Ihre Worte der Begrüßung am 30.04.2013 „mein Urteil steht ja eigentlich schon fest“, waren richtungsweisend. Bei der merkwürdigen „körperlichen Untersuchung“ hatte ich eher den Eindruck einer Vernehmung, man wollte offensichtlich wissen, ob jemand anderes hinter den Beschwerden steckt. Skurril fand ich solche Aussagen wie: „durch diese Therapie können sie sterben“. Vom Sozialgericht wurde später noch ein Gutachterinstitut beauftragt.

Endlich nach über 5 Jahren Bearbeitungszeit und zwei Terminen beim Sozialgericht Potsdam wurde die AOK NO am 23.03.2018 verurteilt, mich mit

dem Kompressionstherapiegerät zu versorgen. Vertreter der AOK NO waren aus „organisatorischen“ Gründen nicht zugegen.

Ich dachte Ende gut, alles gut. Aber es kam anders. Am 11.05.2018 rief mich die Mitarbeiterin einer Rostocker Medizintechnikfirma an und teilte mir mit, dass sie mich im Auftrag der AOK am 14.05.2018 mit dem Kompressionstherapiegerät Hydroven versorgen will.

Mir gingen viele Fragen durch den Kopf:

Beraten und beantragt hat eine andere Firma, warum hat die Rostocker Firma den Auftrag bekommen? Ich habe keiner Datenweitergabe zugestimmt, wieso hat diese Dame meine Daten? Hat die AOK auch Informationen zu Körpermaßen und Krankheitsbildern weiter gegeben? Da mir alles mysteriös vorkam, habe ich den Termin auf den 25.05.2018 verschoben und mir den Beistand von einer anderen Betroffenen zugesichert. Sie wurde übrigens mit gleichem Ergebnis von Astrid begutachtet, hat aber auf Grund meiner Erfahrungen weitere Gutachten von Astrid strikt abgelehnt. Nach nur 6 Monaten Gezerre im Widerspruchsverfahren hat Ihre Krankenkasse die Salus BKK das Kompressionstherapiegerät schließlich genehmigt. Wieder Astrids Prognose lebt sie ebenfalls noch und profitiert sehr von der Therapie.

Am 25.05.2018 war nun der große Tag gekommen, die Mitarbeiterin der Rostocker Medizintechnikfirma zauberte das Gerät Hydroven 3 mit zwei Beinmanschetten aus einer normalen Stofftasche hervor. Die Manschetten waren schon mit dem Gerät verbunden und bei einer Manschette war der Aufdruck stark verwaschen, so dass sie nicht neu aussah. Auf Nachfrage ob die Manschetten neu sind, kam die Antwort: „wenn Sie es nicht wollen packe ich es wieder ein“. Trotzdem telefonierte sie mit Ihrer Firma und fragte, ob es sich um eine Neuversorgung handelt, was offensichtlich auch bestätigt wurde. Mir wurde kurz die Funktion des Gerätes erklärt und eine Manschette angelegt. Bis zur Einweisung, die die verordnende Ärztin vornehmen soll, muss der Behandlungsdruck auf max. 30 mmHg eingestellt werden. Über Risiken und Nebenwirkungen wurde nichts verlautbart. Die Frage, ob Sie auf das Gerät geschult ist, beantwortete Sie mit ja und erklärte, dass sie schon 20 Jahre bei der Rostocker Firma tätig ist. Die Bedienungsanleitung für das Gerät kann ich mir im Buchhandel kaufen. Im Nachgang hat uns die ganze Art und Weise sehr misstrauisch gemacht, Gerät und Manschetten wurden ohne Hygieneverpackung geliefert und sahen so aus, als wenn sie gerade von einem anderen Patienten kommen. Deshalb habe ich Kontakt mit der Herstellerfirma Arjohuntleigh aufgenommen und Gerät nebst Manschetten zur Begutachtung an die Firma geschickt. Es stellte sich heraus, dass das als Neu an die AOK verkaufte Gerät bereits 10 Jahre alt war, eine Manschette 12 Jahre (Hygieneartikel) und die Andere immerhin erst 9 Jahre. Ich habe 6 Jahre um ein Gerät gekämpft und werde mit Restmüll beliefert, ist das noch normal?

Meine Ärztin musste der AOK schriftlich erklären, dass an meinen Beinen kein bakterieller Befall vorliegt, und mir wird eine uralte Manschette angelegt, die so aussah, als wenn sie schon von diversen Menschen getragen wurde?! Danach hatte ich durch Albträume verursacht, schlaflose Nächte. Da ich mit der Leistung überhaupt nicht zufrieden war und es sich auch nach



Meinung meiner Bekannten um Betrug handelte, ging es wieder zum Rechtsanwalt. Dieser hat nach diversen Schreiben an die Datenschutzbeauftragte, an die Sozialministerin und den Vorstand der AOK erwirkt, dass ich nunmehr mit einem neuen Gerät versorgt wurde – nach über 6 Jahren, Kosten des Gerätes ca. 1440 € Brutto - die Verfahrenskosten (4 so genannte Gutachten, Anwalts-,Gerichts- und Verwaltungskosten, usw.) dürften höher sein. Ist das von der Politik so gewollt.

Abschließend noch ein paar Grüße:

Sehr geehrte Frau Dipl. med. Astrid F. vom MDK Berlin, ich lebe trotz täglicher Anwendung der gefährlichen Therapie noch, mir geht es besser. Hut ab auch vor Ihrer Courage, ich könnte nicht mehr schlafen, wenn ich vorsätzlich falsches Zeugnis zum Schaden von kranken Menschen ablegen würde.

Liebes Hilfsmittelteam der AOK, danke für 6 Jahre Stress, Schikane bzw. besonderen Service. Ihr seid die Könige, wir die letzten Kunden, macht weiter so! Mit dem Geld das in meinen Verfahren sinnlos verschwendet wurde, hätte man bestimmt noch etlichen weiteren Betroffenen helfen können.

Liebe Versichertengemeinschaft der AOK, ich wünsche allen Mitgliedern kunden- und problemorientierte Sachbearbeiter der Krankenkasse. Lassen sie sich bei Willkür und Schikane nichts gefallen, ist Ihnen ähnliches Widerfahren machen Sie es öffentlich.

Werte Bundestagsabgeordnete, aus Gesprächen mit anderen Betroffenen weiß ich, dass mein Fall nicht einzigartig ist. Die systematische Ablehnung von medizinischen Leistungen unter Einbeziehung von Gutachtern des MDK ist die Regel. Wer in der falschen Krankenkasse ist und sich nicht wehren kann, kriegt halt nichts und stirbt vielleicht auch eher.

Bitte setzen Sie sich dafür ein, dass sich diese Zustände ändern und teilen Sie bitte mir mit, was sie konkret tun wollen, welche Maßnahmen sie ergreifen wollen damit diese Missstände abgestellt werden.

Viele Grüße Ihre

Ingrid B. aus dem Havelland, mittlerweile 87 Jahre und zu schwach für öffentliche Auftritte.

Antworten erreichen mich **über die Selbsthilfegruppe Lip- und Lymphödem**