

Auf Anraten meines Diabetologen möchte ich ein paar Zeilen zu meinen Problemen und der Lösung dieser bezüglich meiner Magen- OP schreiben.

Als vor ca. 6 Jahren meine Adipositas immer schwerwiegender wurde und ich – männlich, 51 Jahre, einer Körpergröße von 193 cm und einem Gewicht von 160kg – einen BMI von 43 erreichte, fasste ich einen wichtigen Entschluss.

Da aufgrund erheblicher Bewegungseinschränkungen – vor allem im orthopädischen Bereich – ein Gewichtsabbau durch Bewegung nie ausreichend und dauerhaft gelungen war, suchte ich in einer nahegelegenen Klinik einen Facharzt auf, der sich mit Adipositaschirurgischen Operationen befasste. Im Beratungsgespräch - zu dem mich auch meine Frau begleitete - erfuhren wir von den Möglichkeiten einer OP und auch von den diesbezüglich anwendbaren OP- Verfahren.

Nach der umfassenden und gut verständlichen Beratung – mit Video- Anschauungsmaterial – entschlossen wir uns, die Antragstellung zur Kostenübernahme an die Krankenkasse auf den Weg zu bringen und besuchten eine vom gleichen Facharzt begleitete Adipositas- Selbsthilfegruppe.

Nach längerer Wartezeit kam dann die Rückmeldung der Krankenkasse, das vor einer OP erst einmal alle ambulanten Möglichkeiten erschöpfend genutzt und deren Ergebnisse der Krankenkasse nachgewiesen werden müssen.

So begab ich mich in eine Ernährungsberatung, besuchte weiterhin die Adipositas- Selbsthilfegruppe, versuchte wieder einmal durch häusliche Ernährungsumstellung mein Gewicht zu reduzieren und nahm auch während zwischenzeitlichen Reha- und Klinikaufenthalten immer wieder an Ernährungsberatungen und Diätmaßnahmen teil.

Weiterhin „sammelte“ ich mit engmaschigen Terminen bei allen Fachärzten Patientendokumentationen in ihren Akten und in Folge Befundberichte und Empfehlungsschreiben.

Doch die Krankenkasse stellte sich mit jeder erneuten Anfrage zur Kostenübernahme weiterhin stur und verwies immer wieder auf „noch nicht erschöpfen ausgenutzte ambulante Möglichkeiten“.

Da wir nicht mehr weiter wussten, standen wir kurz vor der Resignation und dem eher unrealen Gedanken, eine solche OP selber zu bezahlen (8.000 – 10.000- € je nach OP- Verfahren und Dauer des Klinikaufenthaltes).

Doch diese Da wir aber wir nicht im Stande waren, solche Summen aufbringen zu können, machten wir uns mit dem Gedanken vertraut, dass ich aufgrund der sich einstellenden und fortschreitenden Folgeerkrankungen nicht gesund und auch nicht alt werden würde.

Aufgrund der auch vorhandenen Erkrankung an Depressionen verschwand der Lebensmut immer mehr und ich fühlte mich immer mehr Richtung Lebensbeendigung getrieben.

Glücklicherweise stand meine liebe Frau mir in dieser Zeit sehr bei und auch die Mitglieder meiner Depressionsselbsthilfegruppe gaben mir Halt.

Irgendwann ergab sich aus einem Zufallsgespräch der Hinweis, dass man sich ja auch an den Petitionsausschuss wenden könnte.

Ein neuer Hoffnungsschimmer flammte auf, den ich zu verfolgen begann und mir die notwendigen Adressangaben aus dem Internet beschaffte.

**An den Thüringer Landtag
Petitionsausschuss
Jürgen-Fuchs-Straße 1
99096 Erfurt**

Meinem Schreiben dorthin fügte ich bei:

1. die Nachweise aller bescheinigten, chronischen Erkrankungen:

E11.90, G47.39, K21.0, F33.1 G, G25.0 G, F33.1 G, F45.41 G, K29.5 G, E11.72 G, G63.2 G, F33.1 G, E11.72 G, F45.41 G, K29.1 G, I10.00 G

2. eine Kopie meines Schwerbehinderten- Ausweises:

70% Schwerbeschädigung

3. den Nachweis des bescheinigten Pflegegrades:

Pflegegrad III

4. den Befund eines Kleinhirnfarktes mit Nachweis der Infarktfolgen:

- Intentionstremor
- Dauer- Schwindelgefühl

5. sämtliche verfügbaren, therapeutischen und Fachärztlichen Befunde der letzten Jahre:

- Befürwortung einer Magen- OP aus orthopädischer Sicht
- Unbedenklichkeitsbescheinigung bezüglich meiner Erkrankung an Depressionen
- Medikamentenliste
- eine Kostenaufstellung der aktuellen Medikation (erstellt mit Hilfe der Apotheke)

- Nachweise über Ernährungsberatungen
- Psycho- und physiotherapeutische Behandlungsnachweise
- Befundberichte aller aktuell behandelnden Fachärzte

Nach relativ kurzer Zeit erhielt ich mit einer Eingangsbestätigung die Information, das mein Anliegen zuständigkeithalber an den Petitionsausschuss des Bundes

Deutscher Bundestag
Petitionsausschuss
Platz der Republik 1
11011 Berlin

weitergeleitet wird und ich von dort erneut benachrichtigt werde, was auch innerhalb eines Monats geschah. In Überprüfung wurde festgestellt, dass nicht fristgerecht von der Krankenkasse mein Antrag geprüft wurde und dementsprechend eine Zusage zur OP erfolgte (erfolgen musste). Zitat Krankenkasse: „**Die Abhilfe erfolgte aufgrund der eingetretenen Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V**“.

Hier der relevante vollständige, Gesetzestext:

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 13 Kostenerstattung

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. **Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.**

Das heißt, aufgrund dessen, das der Petitionsausschuss in Prüfung meiner Angelegenheit darauf gestoßen ist, **musste die Krankenkasse die OP wegen Fristüberschreitung dann doch bezahlen.** Insofern kann man nur empfehlen, die Daten seiner Antragsschreiben akribisch zu notieren und die lfd. Geschehnisse bezüglich ihrer Fristenregelungen genau im Blick zu behalten.

Wer sich an den Petitionsausschuss wenden möchte, sollte so kurz als möglich seine Problemlage schildern, einzureichende Unterlagen möglichst übersichtlich ordnen und so knapp wie möglich halten. Wichtig und Richtig ist, dass der Petitionsausschuss **keinesfalls das 1. Mittel / der 1. Schritt im Kampf um eine Kostenübernahme** ist.

Arbeiten Sie zu zuerst die Auflagen der Krankenkasse zu ambulanten Therapien so umfassend wie nur möglich ab, dokumentieren Sie alles genau und sammeln Sie die Nachweise und Befundberichte. Gehen Sie den korrekten Weg über Antragstellung - > bei Ablehnung in den Widerspruch - > bei wiederholter Ablehnung noch mal in den Widerspruch.

Dann wird die Kasse zuständigkeithalber den Vorgang an das Sozialgericht weiter verweisen. Wird dort keine Einigung erzielt, kann auch noch das Landessozialgericht Ihres Bundeslandes als weitere Instanz tätig werden.

Das Anschreiben an den Petitionsausschuss hat bei mir zwischenzeitlich in den Ablauf der Dinge eingegriffen und damit – wahrscheinlich aus Kostengründen auch so gewollt – den Aufwand und die Kosten für Gerichtsentscheide/e verhindert.

Ich hoffe, dass einigen Menschen – die sich mit einer Kostenübernahme plagen müssen, dieser Bericht eine Hilfe sein konnte.

Mein OP Erfolg Stand 20.09. (OP war am 16.07.2020) möchte ich hier zusammenfassen:

- über 30kg Gewichtsabnahme nach anfänglich steilem Abfall nun langsam und kontinuierlich fortschreitend
- Beendigung der morgendlichen VICTOSA (1,2 ml)- und der abendlichen LANTOS (32 ml)- Injektion
- Blutzuckerwerte können mit Metformin sehr gut kontrolliert werden
- Das Bluthochdruckmedikament konnte ebenfalls abgesetzt werden
- Die Beweglichkeit und Agilität hat sich verbessert, da die Gelenke weit weniger Gewicht (er-) tragen müssen.
- Die Lebensqualität hat sich erheblich verbessert.
- Hungergefühl habe ich nicht mehr gehabt. Ich esse mich immer satt ohne davon zuzunehmen
- Auch das Selbstwertgefühl wurde besser, Anspielungen auf mein Übergewicht bleiben aus
- Die Chance gesünder älter werden zu können ist deutlich gestiegen

Perspektiven:

- weiterer Gewichtsverlust in den nächsten Jahren von ca. 15 kg (d.h. insgesamt 40kg durch die OP)
- eventuelle Rückbildung der Polyneuropathie (Nervenschäden durch Diabetes) mit entsprechender Behandlung
- eventuell kann auch noch Metformin abgesetzt werden

Nachteile bisher – kaum nennenswert und nicht schlimm, nur diese:

- eiweißreiche Ernährung einhalten (problemlos zu erfüllen)
- bestimmte Vitamine regelmäßig einnehmen (auch problemlos)
- Vitamin B12 je 1/4jährlich spritzen (kann oral nicht genügen aufgenommen werden) – auch problemlos
- „Synchronisation“ von Appetit und Magenvolumen – **„die Augen sind – noch häufig – größer als der Magen“**
- Neueinkleiden wurde nötig da (bisher) eine Kleidergröße kleiner passend wurde (kein Problem)

Sollten Sie mehr zu einer Magen- OP erfahren wollen, besuchen Sie doch meine Homepage, demnächst im Internet zu erreichen unter: www.meinemagenop.de.

Sie wird gerade aufgebaut, um Interessierten so kompakt, umfassend und fundiert wie möglich eine Seite anzubieten, auf der möglichst viele Fakten, Infos und erfahrungsbasiertes Wissen zusammengefasst sind und damit optimal weiterhelfen können.

Aufgrund meines Persönlichkeitsschutzes und der DSGVO sind hier weder die Namen der Fachärzte, Kliniken oder Therapeuten genannt.

Der Redaktion liegen diese Angaben aber vor.

Alles Gute wünscht
O.L.