



Ihr Sanitätshaus mit dem Lächeln sorgt für Versorgungsqualität!

Unser Lächeln hilft



Widerspruch und Klage

Aber auch, wenn Ihnen die Hilfsmittelversorgung innerhalb der vorgeannten Fristen abgelehnt wurde, haben Sie Rechte. Sie können gegen den Ablehnungsbescheid Ihrer Krankenkasse Widerspruch einreichen. Hierfür haben Sie einen Monat ab Zugang des ablehnenden Bescheides Zeit. Der Widerspruch ist kostenlos und kann später ggf. auch wieder zurückgezogen werden. Die Einreichung des Widerspruches ist Voraussetzung für eine spätere Klage vor dem Sozialgericht.

Was tun bei erneuter Ablehnung?

Gegen eine Ablehnung Ihres Widerspruchs können Sie sich vor dem Sozialgericht innerhalb eines Monats mit einer Klage wehren. Das Gerichtsverfahren ist kostenlos. Die Rechtsantragsstelle des Gerichtes muss die von Ihnen vorgebrachte Klage aufnehmen und durch eine Richterin oder einen Richter prüfen lassen, ob ein Anspruch vorliegt.

Herausgegeben von
Sanitätshaus Aktuell AG
Auf der Höhe 50 · 53560 Vettelschoß
Telefon: +49 2645 95 39-0 · Telefax: +49 2645 95 39-90
www.sani-aktuell.de · info@sani-aktuell.de

Arzt

Sanitätshaus

Kostenträger

Ausgabe 04/2023



Mein Recht als Patient

Ein praktischer Leitfaden für eine angemessene Versorgung.


Gesundheit ist ein Menschenrecht!

Im Grundgesetz ist das Recht auf körperliche Unversehrtheit fest verankert. Damit hat unser Staat die Pflicht, Ihre Gesundheit zu erhalten und eine eventuelle Benachteiligung durch eine Behinderung mit entsprechenden Mitteln auszugleichen. Gleichzeitig muss auch einer möglichen, drohenden Behinderung vorgebeugt werden. Alles dieses sind Ihre Rechte, für die es sich manchmal auch zu kämpfen lohnt. Dieser Flyer möchte Ihnen dabei helfen, die Ihnen zustehenden Ansprüche auf eine Hilfsmittelversorgung kennen zu lernen und auch auf die Möglichkeiten hinweisen, wie Sie diese durchsetzen können. Selbstverständlich können Sie sich Ihre Hilfsmittel auch privat kaufen. Bitte beachten Sie jedoch, dass in diesen Fällen keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt.



Der Weg zu einer angemessenen Versorgung

Die Grundlage für eine Versorgung durch die Krankenkasse ist ein Rezept. Der erste Weg führt zur Ärztin bzw. zum Arzt! Dieser entscheidet aufgrund der Indikation über die Therapie und verordnet in diesem Rahmen bei Bedarf auch Hilfsmittel.


 **Unser Tipp:** Auch Ihr Sanitätshaus mit dem Lächeln vor Ort, berät Sie gerne im Vorfeld über eine optimale Versorgung. Eine (fach)ärztliche Verordnung ist jedoch auch hier unumgänglich.

Krankenkasse und Kostenvoranschlag

Hilfsmittelversorgungen sind in der Regel genehmigungspflichtig. Daher ist ein Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse einzureichen. Nachdem der Kostenvoranschlag bei Ihrer Krankenkasse eingereicht wurde, muss diese prüfen, ob das für Sie verordnete Hilfsmittel für Ihre Therapie oder zum Ausgleich Ihrer Behinderung medizinisch notwendig ist. Sie haben Anspruch auf eine qualitativ angemessene und zeitgemäße Versorgung nach dem neuesten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Gleichzeitig wird die Sachbearbeitung der Krankenkasse nach gleichwertigen, aber kostengünstigeren Alternativen Ausschau halten. Hier sollten Sie jedoch beachten, dass Wirtschaftlichkeit nicht mit "billig" gleichzusetzen ist. Die Versorgungsqualität muss immer im Vordergrund stehen. Darauf können Sie bestehen!

Wie prüft die Krankenkasse?

Die Sachbearbeitung der Krankenkasse kann den Kostenvoranschlag zur Überprüfung an den Medizinischen Dienst (MD) schicken. Der MD beschäftigt Ärztinnen und Ärzte, die prüfen, ob das beantragte Hilfsmittel auch wirklich medizinisch erforderlich ist oder ob kostengünstigere Versorgungsalternativen zur Verfügung stehen.

 **Unser Tipp:** Eine persönliche Begutachtung durch einen Arzt/Ärztin oder Orthopädiemechaniker/in des MD ist Ihr gutes Recht, darauf können Sie bestehen. Eine Weiterleitung Ihrer Daten an sonstige Dritte ist ausschließlich mit Ihrer vorherigen schriftlichen Einwilligung möglich.

Nach Prüfung des Kostenvoranschlags

Im Falle einer Zustimmung der Krankenkasse schickt diese den Bewilligungsbescheid an Ihr Sanitätshaus. Nun kann das Sanitätshaus Ihres Vertrauens die Versorgung durchführen. Wenn die Krankenkasse Ihre Versorgung für nicht notwendig oder zu teuer erachtet, werden Sie einen Ablehnungsbescheid erhalten. Gegen diesen Bescheid können Sie binnen eines Monats Widerspruch einlegen.

Die Fristen der Krankenkasse?

Es gibt feste Fristen für die Krankenkasse, in denen sie über einen Leistungsantrag (z. B. Kostenvoranschlag für ein medizinisches Hilfsmittel zur Sicherung einer Krankenbehandlung) entscheiden muss. Diese betragen in der Regel drei Wochen. In den Fällen, in denen eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) erforderlich ist, verlängert sich die Drei-Wochen-Frist auf fünf Wochen. Handelt es sich um ein Hilfsmittel, das dem Behinderungsausgleich dient, ist statt der Drei- bzw. Fünf-Wochen-Frist des SGB V die Zwei-Monats-Frist des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX maßgeblich.

Erfolgt keine Entscheidung der Krankenkasse innerhalb der vorgenannten Fristen, gilt der Leistungsantrag als genehmigt (Genehmigungsfiktion), es sei denn, die Krankenkasse teilt Ihnen vor Ablauf der Fristen einen hinreichenden Entschuldigungsgrund für die Fristüberschreitung schriftlich mit. Die Genehmigungsfiktion führt zu einem Vertrauensschutz. Sie müssen also nach unentschiedenem Ablauf der o. g. Fristen die Entscheidung der Krankenkasse über Ihren Leistungsantrag nicht länger abwarten, sondern dürfen sich das Hilfsmittel bei dem Hilfsmittelanbieter Ihres Vertrauens selbst beschaffen und Ihre Krankenkasse auf Erstattung der Ihnen hierdurch entstandenen Kosten in Anspruch nehmen. Aber Achtung: Der Kostenerstattungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion gilt nur vorläufig, also solange, bis die Krankenkasse über den ursprünglichen Leistungsantrag entschieden hat. Denn dann endet der Vertrauensschutz zugunsten der Versicherten.