



Zur Durchsetzung Ihres Anspruches haben Sie zwei Möglichkeiten:

- auf die beantragte Versorgung durch den Leistungserbringer (Hilfsmittellieferanten) Ihrer Wahl auf Kosten der Krankenkasse bestehen und diesen Versorgungsanspruch auch ggf. vor den Sozialgerichten einklagen.
- sich die beantragte Versorgung zunächst einmal auf eigene Kosten beschaffen und die Krankenkasse auf die Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten in voller Höhe in Anspruch nehmen und diesen Anspruch ggf. vor den Sozialgerichten einklagen.

Letzteres führt dazu, dass Sie sofort in den Genuss der Leistung kommen und keine wertvolle Therapiezeit versumen!

Widerspruch und Klage

Aber auch, wenn Ihnen die Hilfsmittelversorgung innerhalb der vorgenannten 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 gegebenenfalls auch wieder zurückgezogen werden. Die Einreichung des Widerspruchs 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 einen Richter prüfen lassen, ob ein Anspruch vorliegt.

Entscheiden sie sich für das Sanitätshaus mit dem Smiley, denn hier bekommen Sie ein Optimum an Versorgungsqualität.



Vitalzentrum Kühlmuss & Grabbe

Paulinenstraße 99 | 32756 Detmold
Telefon (05231) 92000
info@kuehlmuss-grabbe.de
www.vitalzentren.com

Mein Recht als Patient

Ein Praktischer Leitfaden für eine angemessene Versorgung



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 kleine 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 regelmäßig ein Rezept. Der erste Weg führt 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 Smiley vor Ort, bittet 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 der Sachbearbeiter 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 sollten Sie bestehen!

Wie prüft die Krankenkasse?

Der Sachbearbeiter der Krankenkasse kann den Kostenvoranschlag zur Überprüfung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) schicken. Der MDK beschäftigt 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 oder Orthopädiemechaniker des MDK ist Ihr gutes Recht, darauf sollten Sie bestehen. Eine Weiterleitung Ihrer Daten an sonstige Dritte ist ausschließlich mit Ihrer vorherigen schriftlichen Einwilligung möglich.

Nach der Prüfung des Kostenvoranschlages

Im Falle einer Zustimmung der Krankenkasse schickt diese den Bewilligungsbescheid an Ihr Sanitätshaus. Nun kann das Sanitätshaus Ihres Vertrauens die Versorgung durchführen. Wenn die Kranken-

kasse 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

Im Jahr 2013 trat das **Patientenrechtegesetz** in Kraft. Eine zentrale Regelung dieses Gesetzes ist der neue **§ 13 Abs. 3 a SGB V**, der zu einer beschleunigten Erbringung von Gesundheitsleistungen (hierunter fallen auch medizinische Hilfsmittel) führen soll. Hiernach gibt es feste Fristen für die Krankenkasse, in denen sie bei einem Leistungsantrag (z.B. Kostenvoranschlag für ein medizinisches Hilfsmittel) entscheiden muss. Diese betragen in der Regel **drei Wochen**. In den Fällen, in denen eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erforderlich ist, verlängert sich die Drei-Wochen-Frist auf **fünf Wochen**. Allerdings muss für die Fristverlängerung die Krankenkasse dem Versicherten innerhalb der ersten drei Wochen mitteilen, dass eine Begutachtung durch den MDK erforderlich ist.

Erfolgt keine Entscheidung der Krankenkasse innerhalb der vorgenannten Fristen, gilt der Leistungsantrag als genehmigt, es sei denn die Krankenkasse teilt vor Ablauf der Fristen dem Versicherten einen hinreichenden Entschuldigungsgrund für die Fristüberschreitung schriftlich mit. D.h. Sie können nach unentschuldigtem Ablauf der 3-Wochen- bzw. 5-Wochen-Frist die beantragte Leistung beanspruchen.