

Ihre Rechte als Patient bei der Hilfsmittelversorgung

Liebe Anwenderin, lieber Anwender,

der Arzt hat Ihnen ein Hilfsmittel, wie zum Beispiel eine Einlage verordnet. Hierbei handelt es sich um ein Hilfsmittel, dessen Voraussetzungen für Ihren Anspruch gegenüber Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt ist. Danach trägt Ihre Krankenkasse die Kosten der Hilfsmittelversorgung, wenn die Voraussetzungen nach § 33 SGB V erfüllt sind. Leider lehnen einzelne Krankenkassen die Genehmigung einer erforderlichen Hilfsmittelversorgung ab, obwohl die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Damit Sie wissen, wie Sie damit umgehen könnten, haben wir diese Information zusammengestellt, die natürlich keine Beratung in Ihrem konkreten Einzelfall ersetzen kann. Es handelt sich also um einen Überblick.

Hackstein Reuter Rechtsanwälte

Antrag und Verfahren

Der Versorgungsanspruch mit einem Hilfsmittel beginnt typischerweise mit einer ärztlichen Verordnung (Rezept), die vom behandelnden Arzt ausgestellt wird. Auf der Verordnung sollten das Hilfsmittel und Ihre Diagnose so genau wie möglich beschrieben werden. Mit dieser Verordnung können Sie bei Ihrer Krankenkasse dann den Antrag stellen. Die Antragstellung übernimmt für Sie im Regelfall Ihr Orthopädiefachgeschäft oder Ihr Sanitätshaus durch die Übersendung der ärztlichen Verordnung und des Kostenvoranschlags an Ihre Krankenkasse. Nach der Bewilligung durch Ihre Krankenkasse wird das Hilfsmittel, zum Beispiel eine sensomotorische Einlage, durch den Orthopädiehandwerker Ihres Vertrauens im Orthopädiefachgeschäft hergestellt und angepasst.

Sobald Ihr Antrag bei der Krankenkasse eingegangen ist, beginnt die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen. Da es häufig um medizinische Fragestellungen geht, wird teilweise der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hinzugezogen oder weitere Unterlagen z.B. von Ihren behandelnden Ärzten angefordert. Am Ende dieses Verfahrens steht die Entscheidung Ihrer Krankenkasse, der sogenannten Bescheid.

Wird der Antrag genehmigt, kann der Orthopädietechniker oder das Sanitätshaus mit der Versorgung beginnen.

Widerspruchsverfahren

Wenn Ihre Krankenkasse Ihren Antrag vollständig oder zum Teil ablehnt oder etwas anderes als von Ihnen beantragt genehmigt, können Sie hiergegen Widerspruch einlegen.

Hierfür müssen Sie innerhalb eines Monats, nachdem Sie den Bescheid erhalten haben, der Entscheidung der Krankenkasse schriftlich widersprechen.

Schriftlich bedeutet, dass Sie einen wirksamen Widerspruch in der Regel nicht per Mail einlegen können. Sie müssen so ein Schriftstück per Post oder wenn es eilig ist, vorab per Fax an die Krankenkasse übersenden. Am besten überschreiben Sie Ihren Brief mit „Widerspruch“ und benennen die Entscheidung, gegen die Sie sich wehren so genau wie möglich. Sie müssen Ihren Widerspruch nicht begründen, können diese Begründung später nachholen, wenn Ihnen die Krankenkasse zum Beispiel eine Kopie des Gutachtens des MDK zur Verfügung gestellt hat.

Achten Sie aber auf jeden Fall auf die einmonatige Frist und unterschreiben Sie den Brief!

Sofern der Widerspruch zunächst fristwährend eingelegt worden ist, sollten Sie ihn nachträglich begründen, da es ansonsten für die Krankenkasse sehr einfach ist, bei ihrer ablehnenden Haltung zu bleiben. Im Widerspruchsverfahren können Sie einen Anwalt beauftragen, der für Sie den Widerspruch begründet.

Widerspruchsbescheid

In dem Widerspruchverfahren muss Ihre Krankenkasse Ihren Antrag erneut prüfen. Dazu wird teilweise der MDK noch einmal eingeschaltet oder weitere Unterlagen von den behandelnden Ärzten angefordert.

Bleibt die Krankenkasse bei der Ablehnung, so muss sie einen Widerspruchsbescheid erlassen. Der Widerspruchsbescheid beendet das Widerspruchsverfahren. Nach einem ablehnenden Widerspruchsbescheid verbleibt nur noch der Weg zu dem für Ihren Wohnort zuständigen Sozialgericht.

Klageverfahren

Der Widerspruchsbescheid ist mit einer sogenannten Rechtsbehelfsbelehrung versehen, in der Ihnen erklärt wird, wo und wie Sie gegen den Bescheid klagen können. Das sozialgerichtliche Verfahren ist für Sie als Versichertem der Gesetzlichen Krankenversicherung kostenlos. Es unterliegt auch keinem sogenannten Anwaltszwang. Das bedeutet, dass Sie auch selbst Klage beim zuständigen Sozialgericht einreichen können. Da zum Hilfsmittelmarkt jedoch nur wenige gesetzliche Grundlagen existieren und Sie für ein Klageverfahren die vielfältige Rechtsprechung der Gerichte kennen sollten, ist die Hinzuziehung eines spezialisierten Rechtsanwaltes allerdings empfehlenswert. Klageverfahren vor den Sozialgerichten sind leider für ihre lange Verfahrensdauer bekannt. So dauern erstinstanzliche Verfahren häufig deutlich länger als ein Jahr

Unsere Kontaktdaten

Hackstein Reuter Rechtsanwälte | Stockholmer Allee 18 | 44269 Dortmund

Telefon: 0231 / 70 06 07 70 | Telefax: 0231/ 70 06 07 79

E-Mail: info@hackstein-reuter.de | <http://www.hackstein-reuter.de>