



Mein Recht als Patient

**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 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.

Der Weg zu einer angemessenen Versorgung

Die Grundlage für eine Verordnung ist **immer** 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, berät Sie gerne im Vorfeld über eine optimale Versorgung. Eine (fach-) ärztliche Verordnung ist jedoch auch hier immer 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 neusten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Gleichzeitig wird der Sacharbeiter der Krankenkasse nach gleichwertigen, aber kostengünstigeren Alternativen Ausschau halten. Hier sollten Sie jedoch beachten, dass die 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 erforder-

lich ist oder ob kostengünstigere Versorgungsalternativen zur Verfügung stehen.



Eine **persönliche** Begutachtung durch einen Arzt oder Orthopädiemechaniker des MDK ist Ihr gutes Recht, darauf sollten Sie bestehen.

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 Krankenkasse Ihre Versorgung für nicht notwendig oder zu teuer hält, werden Sie einen Ablehnungsbescheid erhalten. Gegen diesen Bescheid können Sie binnen eines Monats Widerspruch einlegen.

Die Fristen der Krankenkasse

In der Regel ist ein Kostenvoranschlag als Versorgungsantrag zu werten. Die Krankenkasse hat im Vorfeld innerhalb von zwei Wochen zu klären, ob sie für die beantragte Leistung zuständig ist. Ist dies nicht der Fall, wird Sie den Antrag an den zuständigen Kostenträger weiterleiten. Die Krankenkasse hat innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang (Eingang des Kostenvoranschlags) über den

Antrag zu entscheiden. Eine Ausnahme besteht, wenn ein Gutachten (z.B. MDK-Gutachten) über den Versorgungsbedarf erforderlich ist. Gerade bei hochwertigen Versorgungsleistungen muss in den meisten Fällen ein solches Gutachten eingeholt werden. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, innerhalb von zwei Wochen nachdem das Gutachten vorliegt, eine Entscheidung zu fällen. Die Tatsache, dass die Krankenkasse keine Entscheidung innerhalb dieser Fristen trifft, bedeutet nicht, dass sie ein Hilfsmittel automatisch genehmigt. Beachtet die Krankenkasse diese Fristen nicht, sind Sie in der Regel berechtigt, die verordneten Hilfsmittel auf eigene Kosten zu beschaffen und diese Kosten gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen.

Sollte die Krankenkasse einen Ablehnungsbescheid erlassen, empfehlen wir die unverzügliche Einreichung des Widerspruchs. So versäumen Sie keine Fristen. Der Widerspruch ist kostenlos und kann später gegebenenfalls auch wieder zurückgezogen werden.

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.



Sanitätshaus Aktuell AG

Auf der Höhe

53560 Vettelschoß

www.sanitaetshaus-aktuell.de