

Mein Hilfsmittel. Mein Leben.
» meine Wahl! «

Meine Rechte als Patient

Leitfaden für Nutzer von
medizinischen Hilfsmitteln

Meine Rechte als Patient

! Leitfaden für Nutzer von medizinischen Hilfsmitteln, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind

Viele Menschen, die auf medizinische Hilfsmittel wie Inkontinenz- und Stomaprodukte, Beatmungsgeräte oder Hilfsmittel für Infusionstherapien – wie beispielsweise die Schmerztherapie – angewiesen sind, klagen über Probleme bei ihrer Versorgung. Da oftmals das Wissen über die eigenen Rechte fehlt, werden Bevormundung, unzureichende Produktqualität und schlechter Service hingenommen. Was kann ich bei Problemen tun? An wen muss ich mich wenden? In Zusammenarbeit mit den Hartmann Rechtsanwälten klärt das Aktionsbündnis „meine Wahl!“ über die Rechte von Hilfsmittelnutzern auf und beantwortet häufig gestellte Fragen.

! Wo sind meine Rechte geregelt?

Die Rechte von Patienten sind in den Sozialgesetzbüchern – SGB I bis X – niedergeschrieben.

! Welchen Anspruch habe ich als gesetzlich Versicherter?

Der Versicherte hat einen sogenannten Sachleistungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse. Das heißt die Krankenkasse ist verpflichtet, ihm das Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Hierzu bedient sich die Kasse der Leistungserbringer – z. B. Sanitätshäuser oder Homecare-Unternehmen – um den Anspruch des Versicherten auf das konkrete Hilfsmittel zu erfüllen. Dieser Leistungserbringer stellt dem Versicherten das benötigte Hilfsmittel zur Verfügung und rechnet mit der Krankenkasse ab. Der Patient zahlt lediglich die gesetzliche Zuzahlung (10% des Preises des Hilfsmittels, mindestens 5 Euro, jedoch höchstens 10 Euro). Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt eine Sonderzuzahlungsregelung von 10% je Packung, höchstens jedoch 10 Euro im Kalendermonat. Dabei hat der Patient die freie Wahl zwischen allen Leistungserbringern, die einen Vertrag mit seiner Krankenkasse abgeschlossen haben.

Welche Hilfsmittel stehen mir zu?

Laut § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V hat der Patient Anspruch auf das Hilfsmittel, welches in seinem konkreten Einzelfall zur Krankenbehandlung, zum Behinderungsausgleich oder zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung erforderlich ist.

Oftmals lehnen Krankenkassen die Hilfsmittelversorgung mit dem Hinweis ab, dass es sich bei dem beantragten Produkt nicht um ein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung handelt bzw. dass dieses nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist. Diese pauschale Begründung sollte immer genauer überprüft werden, zumal das Hilfsmittelverzeichnis keinesfalls abschließend die Ansprüche der Versicherten regelt. Es stellt vielmehr eine Entscheidungshilfe für alle Beteiligten dar.

Darüber hinaus muss das Hilfsmittel für den Patienten im Einzelfall erforderlich, also medizinisch notwendig sein. Diese unbestimmten Begriffe sind durch eine Vielzahl von Urteilen konkretisiert worden, welche für jeden Einzelfall gesondert geprüft werden müssen.

Zusätzlich besteht ein Anspruch auf Wartung, Reparatur und das notwendige Zubehör des Hilfsmittels.

Wie erhalte ich mein Hilfsmittel?

Zuerst muss der Arzt die medizinische Notwendigkeit eines Hilfsmittels fest- und eine Verordnung über die Hilfsmittelart ausstellen. Die Hilfsmittelversorgung setzt häufig einen entsprechenden Antrag bei der Krankenkasse voraus. Dieser Antrag wird in der Regel von dem Leistungserbringer (Versorger), den sich der Versicherte ausgesucht hat, mittels eines sogenannten Kostenvoranschlags bei der Krankenkasse gestellt und von dieser genehmigt. Die Details zu den Anträgen und Genehmigungen sind in der Regel in den Hilfsmittelversorgungsverträgen zwischen der jeweiligen Krankenkasse und dem Leistungserbringer geregelt. Die Krankenkasse hat im Einzelfall die Pflicht, den Patienten richtig, umfassend und vollständig zu beraten. Ein Antrag auf Beratung muss nicht gestellt werden, sondern die Kasse hat dies bei jedem Antrag auf Versorgung von sich aus zu leisten.

! Kann mich die Krankenkasse an einen bestimmten Leistungserbringer verweisen?

Der Patient hat grundsätzlich die freie Wahl unter sämtlichen Leistungserbringern, mit denen seine Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat. Anders ist es, wenn die Krankenkasse eine öffentliche Ausschreibung vorgenommen hat. In diesem Fall darf lediglich der Ausschreibungsgewinner die Patienten versorgen. Andernfalls trägt der Patient selbst die Kosten für die Hilfsmittelversorgung. Hierüber muss die Krankenkasse den Patienten informieren. Einen anderen Leistungserbringer als den Ausschreibungsgewinner darf der Patient nur ausnahmsweise wählen, wenn hierfür ein berechtigtes Interesse besteht. Wann ein berechtigtes Interesse vorliegt, ist im Gesetz nicht definiert und wurde bisher auch von den Gerichten nicht abschließend geklärt. Gründe für ein „berechtigtes Interesse“ können beispielsweise folgende Vertragsverstöße sein:

- » Der neue Leistungserbringer kann die erforderliche Versorgung, XY Hilfsmittelpositionsnr. 15.25.XX.XXXX, nicht liefern.
- » Der Leistungserbringer fordert einen Eigenanteil, der höher ausfällt als ortsüblich.
- » Der Leistungserbringer liefert die Ware per Versanddienst nicht in einer neutralen Verpackung zu mir nach Hause. Es ist nicht zumutbar, dass Nachbarn von meiner Inkontinenz erfahren.



! Was muss ich beachten, wenn ich die Krankenkasse wechseln möchte?

Seit dem 1.1.1996 können Versicherte ihre Krankenkasse frei wählen. Ein Wechsel ist in der Regel immer dann möglich, wenn der Versicherte mindestens 18 Kalendermonate lang bei der Kasse versichert war. Die Kündigungsfrist beträgt 2 Monate zum Monatsende, gerechnet von dem Monat, in dem die Kündigung schriftlich erklärt wird.

Für Versicherte, die einen Wahltarif abgeschlossen haben, ist der Wechsel der Krankenkasse erst nach 3 Jahren möglich. Die Kündigungsfrist beträgt ebenfalls 2 Monate zum Monatsende.

Wenn die Krankenkasse durch die Erhebung eines Zusatzbeitrags teurer wird, kann der Versicherte außerordentlich kündigen. Dieses Sonderkündigungsrecht besteht bis zu dem Zeitpunkt, zu dem der Zusatzbeitrag fällig wird. Die Krankenkasse muss die Erhöhung nur einen Monat vorher bekannt geben, daher ist hier Eile geboten.

Auswirkungen auf den Hilfsmittelanspruch bestehen bei einem Krankenkassenwechsel nicht. Die neue Kasse tritt für den Versicherten folgenlos an die Stelle der alten.



Was kann ich gegen eine ablehnende Entscheidung der Krankenkasse tun?

Lehnt die Krankenkasse die beantragte Hilfsmittelversorgung ab, steht dem Patienten das Recht zu, innerhalb eines Monats gegen diese Entscheidung Widerspruch einzulegen. Hierauf muss die Kasse in der Ablehnung explizit hinweisen. Fehlt diese Belehrung, verlängert sich die Frist für den Widerspruch auf ein Jahr. Eine Begründung des Widerspruchs ist nicht notwendig, jedoch zu empfehlen.

Sollte die Kasse dem Widerspruch nicht abhelfen – das heißt an der bisherigen ablehnenden Entscheidung festhalten – hat der Patient die Möglichkeit, seine Rechte vor Gericht geltend zu machen. Hierzu hat der Patient nach Erhalt des Widerspruchsbescheids ebenfalls einen Monat Zeit. Wird der Patient nicht auf die Möglichkeit der Klageerhebung im Widerspruchsbescheid hingewiesen (Rechtsbehelfsbelehrung), verlängert sich auch die Frist zur Klageerhebung auf ein Jahr.

In Eil- und Notfällen kann der Patient auch im einstweiligen Rechtsschutz vor dem Sozialgericht seine Hilfsmittelversorgung durchsetzen. Zudem hat der Patient die Möglichkeit, nach zu Unrecht erfolgter Ablehnung des beantragten Hilfsmittels durch die Krankenkasse, das Hilfsmittel auf eigene Kosten anzuschaffen und die Kosten dafür bei der Krankenkasse geltend zu machen.

! Worüber muss mich die Krankenkasse informieren?

Die Krankenkassen haben die Pflicht, ihre Versicherten bei der Beantragung von Hilfsmitteln individuell zu beraten. Darüber hinaus haben die Krankenkassen auch die Pflicht, die Bevölkerung über die sozialen Rechte und Pflichten aufzuklären. Hierzu gehört die Information der Versicherten über durchgeführte Ausschreibungen, Informationen über die zur Verfügung stehenden Leistungserbringer als Vertragspartner sowie die Qualitätsanforderungen, die an den Leistungserbringer gestellt werden. Der Versicherte hat auf Nachfrage auch das Recht die wesentlichen Vertragsinhalte von seiner Krankenkasse zu erhalten.

Sollte Ihre Krankenkasse diese Pflichten verletzen, könnten Ihnen unter Umständen hieraus resultierende Ansprüche zustehen. Beispielsweise müssten Sie so gestellt werden, als wären Sie richtig beraten worden.



Überblick

Was kann ich tun, wenn ich mit meiner Hilfsmittelversorgung unzufrieden bin?

- ! Teilen Sie Mängel und Kritikpunkte schriftlich Ihrer Krankenkasse mit und bitten Sie die Kasse, diese zu beheben, denn sonst ist Ihr Anspruch nicht erfüllt.
- ! Bei einer öffentlichen Ausschreibung Ihrer Krankenkasse gilt: Falls Sie mit dem Vertragspartner Ihrer Kasse nicht einverstanden sind, können Sie bei Nachweis eines berechtigten Interesses ggf. einen anderen Versorgungspartner wählen (vgl. Abschnitt „berechtigtes Interesse“).
- ! Lehnt Ihre Krankenkasse die beantragte Versorgung ab, haben Sie das Recht auf Widerspruch. Ändert sich dennoch nichts, können Sie Ihre Rechte vor Gericht geltend machen.
- ! Falls Ihre Krankenkasse nicht einlenkt, bleibt Ihnen immer noch der Wechsel der Kasse:
Entscheiden Sie sich bewusst für eine Kasse, die Ihnen Service, Qualität und Wahlfreiheit bietet (vgl. Abschnitt Krankenkassenwechsel).
- ! Informieren Sie die Patientenbeauftragten von Bund und Ländern sowie Ihren Wahlkreisabgeordneten über Ihre Versorgungsnotwendigkeiten sowie ggf. den Datenschutzbeauftragten. Die Kontaktdaten finden Sie beim Deutschen Bundestag unter: www.bundestag.de
- ! Bringen Sie unzumutbare Zustände an die Öffentlichkeit. Das Aktionsbündnis „meine Wahl!“ unterstützt Sie bei der Medienansprache.

Aktionsbündnis »meine Wahl!«

c/o Weber Shandwick
Schönhauser Allee 37, Geb. P
10435 Berlin

T 030 - 20351 - 228
F 030 - 20351 - 29
info@buendnis-meine-wahl.de

Hartmann Rechtsanwälte

Am Brambusch 24
44536 Lünen

T 0231 - 9860 - 450
F 0231 - 9860 - 455
info@hartmann-rechtsanwaelte.de