

Welche Rechte und Pflichten haben Versicherte im Zusammenhang mit der Versorgung mit Hilfsmitteln?

- > Hilfsmittel sollen Ihnen dabei helfen, die Folgen Ihrer Behinderung bzw. Erkrankung auszugleichen oder den Erfolg Ihrer Behandlung zu sichern bzw. einer drohenden Behinderung oder Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes vorzubeugen (§ 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V¹). Hilfsmittel dienen also dazu, dass Sie Ihr Leben **selbstbestimmt** führen und **am gesellschaftlichen Leben teilnehmen** können (§ 1 SGB IX²).
- > Der Arzt hat mit Ihnen das Therapieziel bestimmt. Zur Erreichung dieses Zieles verordnet Ihnen Ihr Arzt in der Regel die Art³ und die erforderliche Menge des Hilfsmittels. Achten Sie darauf, dass Ihr gewählter Hilfsmittelversorger sich danach richtet.
- > Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe (§ 7 Absatz 4 Hilfsmittel-Richtlinie).
- > Alle Dienstleistungen, die mit der Hilfsmittelabgabe erfolgen und die für eine möglichst selbstständige Versorgung erforderlich sind, sind im Leistungsumfang der Hilfsmittelversorgung enthalten.
- > Ihre Krankenkasse schließt mit Hilfsmittelanbietern Verträge über die Hilfsmittelerbringung. Die Hilfsmittelanbieter werden dann Vertragspartner Ihrer Krankenkasse. Aus dieser Gruppe können Sie wählen, von wem Sie sich versorgen lassen möchten. Sie haben also die **freie Wahl unter den Vertragspartnern Ihrer Krankenkasse** (§ 33 Absatz 6 Satz 1 SGB V).
- > Hilfsmittelverträge werden in der Regel pro Versorgungsbereich (z. B. die Versorgung von künstlichen Darmausgängen/Stoma) geschlossen. Es gibt also für Hilfsmittel eine Vielzahl von Verträgen und Vertragspartnern mit unterschiedlichem Angebot.
- > Wegen der Vielzahl der Versorgungsbereiche fällt es oft schwer, sich zurechtzufinden. Deshalb besteht eine **Informationspflicht Ihrer Krankenkasse** (§ 127 Absatz 5 Satz 1 SGB V). Wenn Sie also bestimmte Hilfsmittel benötigen, ist Ihre Krankenkasse verpflichtet, Sie zu informieren, welche Vertragspartner zur Auswahl stehen. Dabei sind **alle Vertragspartner** zu benennen. Auf Nachfrage ist Ihnen auch mitzuteilen, welche wesentlichen **Leistungen** vertraglich geregelt sind.
- > Eine Einschränkung Ihres Wahlrechts gibt es bei Ausschreibungen. Dort existiert üblicherweise nur ein Vertragspartner pro ausgeschriebenem Versorgungsbereich, der den Versicherten benannt wird. Die Qualität der Hilfsmittel, notwendige Beratung, sonstige erforderliche Dienstleistungen und eine wohnortnahe Versorgung sind von der Krankenkasse und dem Gewinner der Ausschreibung sicherzustellen. (§ 33 Absatz 6 Satz 2 SGB V)
- > Grundsätzlich ist es wichtig, dass Sie sich informieren, was Ihnen nach dem Vertrag zusteht. Sollte es **Probleme** mit der Versorgung durch den Ausschreibungsgewinner geben, informieren Sie umgehend mündlich und schriftlich Ihre Krankenkasse und fordern Sie unter Setzung einer Frist eine Nachbesserung ein.
- > Benötigen Sie Hilfsmittel aus mehreren Versorgungsbereichen, können Ausschreibungen dazu führen, dass Sie keine Versorgung aus einer Hand erhalten. Das ist beispielsweise der Fall, wenn die Rollstuhlversorgung ausgeschrieben wurde, die ebenso benötigte Einmalkatheterversorgung jedoch nicht.
- > Besteht ein **berechtigtes Interesse**, können Sie sich von einem anderen Anbieter als dem Ausschreibungsgewinner versorgen lassen (§ 33 Absatz 6 Satz 3 SGB V). Dadurch eventuell entstehende Mehrkosten müssten Sie allerdings selbst tragen. Sollten Sie von dieser Regelung Gebrauch machen wollen, müssen Sie die abweichende Wahl mit einem Kostenübernahmeantrag und einer entsprechenden Begründung vor Durchführung der Versorgung bei Ihrer Krankenkasse beantragen.

¹ SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung

² SGB IX: Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

³ 7-stellige Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses

- > Krankenkassen haben über Ihren Hilfsmittelantrag innerhalb einer Frist von drei Wochen ab Antragstellung zu entscheiden. Soweit ein Gutachten für die Entscheidung erforderlich ist, insbesondere unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes (MDK), beträgt die Frist zur Entscheidung insgesamt fünf Wochen. Entscheidet eine Krankenkasse nicht fristgerecht über Ihren Antrag, so können Sie die Leistung kraft fingierter Genehmigung (»Genehmigungsfiktion«) verlangen, ohne sie sich erst auf eigene Kosten zu beschaffen. (**§ 13 Absatz 3a SGB V**, BSG-Urteile vom 07.11.2017, **Az.: B 1 KR 15/17 R** und **B 1 KR 24/17 R**)
- > Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von der **Zuzahlung** befreit sind, haben 10 % des Hilfsmittelabgabepreises, mindestens 5 € und maximal 10 € als Zuzahlung pro Hilfsmittel (z. B. Bandage) zu leisten, jedoch jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten des Hilfsmittels betragen (**§ 61 Satz 1 SGB V**). Für **zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** (z. B. Einmalkatheter, Stomaartikel, Applikationshilfen und Trachealkompressen) sind **maximal 10 € pro Versorgungsmonat** als Zuzahlung zu leisten (**§ 33 Absatz 8 Satz 3 SGB V**).

Beschränkung der Zuzahlungspflicht (vgl. § 62 SGB V – Belastungsgrenze)

Gesetzlich Versicherte haben während eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen in Höhe von 2 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten. Für chronisch Kranke beträgt diese Grenze nur 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bei Überschreiten der Belastungsgrenze können Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung stellen.

- > Sie haben einen Anspruch auf eine **ausreichende, medizinisch notwendige und aufzahlungsfreie Versorgung**, die wirtschaftlich und zweckmäßig ist, um das Versorgungsziel zu erreichen (**§ 12 Absatz 1 Satz 1 SGB V**). Wählen Sie jedoch Hilfsmittel/Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben Sie die dadurch entstehenden Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten (wie Wartung, Reparaturen) selbst zu tragen (**§ 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V**). Werden Sie mit zusätzlichen Kosten konfrontiert, hinterfragen Sie die konkreten Gründe und zahlen Sie nur, wenn Sie sich vorher schriftlich gegenüber Ihrem Hilfsmittelversorger damit einverstanden erklärt haben (Abschluss eines privatrechtlichen Vertrages).
- > Sollte Ihnen Ihr Hilfsmittelversorger Kosten über den Zuzahlungsbetrag hinaus in Rechnung stellen, obwohl Sie keine besondere Versorgung gefordert und keinen privatrechtlichen Vertrag mit Ihrem Versorger abgeschlossen haben, fragen Sie genau nach. Wenn der Hilfsmittelversorger mehr verlangt, als vertraglich mit der Krankenkasse geregelt ist, brauchen Sie in dem Fall diese wirtschaftliche Aufzahlung nicht zu leisten. Wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse, damit Ihnen Vertragspartner benannt werden, die Sie aufzahlungsfrei versorgen.
- > Wenn Sie mit einer Entscheidung Ihrer Krankenkasse nicht einverstanden sind, können Sie grundsätzlich innerhalb eines Monats Widerspruch gegen diese einlegen. Sollte die Entscheidung Ihrer Krankenkasse nicht über eine Rechtsbehelfsbelehrung verfügen, verlängert sich die Frist zur Einreichung Ihres Widerspruches auf ein Jahr. Wird der Widerspruch abgelehnt, können Sie dagegen Klage beim Sozialgericht erheben. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Entscheidung der Krankenkassen von der zuständigen Aufsichtsbehörde prüfen zu lassen.

Weitere Informationsblätter unter www.bvmed.de/publikationen/infokarten benennen Ihnen Kriterien, woran Sie eine gute Versorgung erkennen.

Siehe BVMed-Patienteninformationen

[Intermittierender Katheterismus](#) | [Ableitende Kontinenzversorgung](#) | [Stomaversorgung](#) | [Antidekubitus-Hilfsmittel](#)