

# Informationsblatt für Patienten

## Rechtliche Rahmenbedingungen zur Kostenübernahme bzw. -erstattung von FES-Systemen

### Gesetzliche Krankenversicherung

#### ▶ Habe ich überhaupt einen Anspruch auf eine Versorgung?

Hilfsmittel der funktionellen Elektrostimulation müssen von der Gesetzlichen Krankenkasse gezahlt werden, wenn sie für den Patienten einen Gebrauchsvorteil bedeuten.

Der Versicherte hat einen Anspruch auf Versorgung nach dem aktuellen Stand der Medizintechnik. Es darf auch nicht darauf verwiesen werden, dass ein bislang genutztes Hilfsmittel wie Gehstock oder Beinschiene in der Vergangenheit doch auch ausgereicht haben.

#### ▶ Wie komme ich an eine Versorgung?

Der erste Weg sollte immer zum Arzt oder Sanitätshaus führen. Der Arzt kann medizinische Hilfsmittel verordnen, das Sanitätshaus prüft im Rahmen einer Testversorgung, ob das Gerät bei Ihnen zu dem gewünschten Erfolg führt. Danach reicht das Sanitätshaus den Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse ein. Häufig gibt die Krankenkasse den Vorgang zur Begutachtung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weiter, der dann Kontakt mit Ihnen aufnimmt.

Die Krankenkasse hat innerhalb von fünf Wochen über Ihren Antrag zu entscheiden, wenn der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eingeschaltet wird. Wird eine Entscheidung ohne Gutachter getroffen, verkürzt sich die Frist auf drei Wochen. Versäumt sie diese Frist, gilt die Leistung als genehmigt.

#### ▶ Was mache ich, wenn die Krankenkasse ablehnt?

Im Falle einer Ablehnung können Sie Widerspruch einlegen, nach erneuter Ablehnung Klage vor dem Sozialgericht erheben. Widerspruch und Klage sind kostenlos.

#### ▶ Darf ich mir das Gerät nach der Ablehnung selbst anschaffen?

Sie können sich das Hilfsmittel nach der Ablehnung selbst beschaffen und dann Widerspruch einlegen und auf Kostenerstattung klagen. Kaufen Sie sich das Gerät schon vor der Ablehnung, muss Ihnen die Krankenkasse nichts mehr erstatten, da Sie den so genannten Beschaffungsweg nicht eingehalten haben.

### Private Krankenversicherung

#### ▶ Habe ich in jedem Fall einen Anspruch auf Versorgung?

Der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung richtet sich nach dem Tarif, den Sie abgeschlossen haben. Wichtig ist zu erkennen, welche Hilfsmittel ausgeschlossen sind. Teilweise sind die Tarife sehr unverständlich formuliert. Auslegungszweifel gehen dabei zugunsten des Patienten. Der Privatpatient ist aber nicht in jedem Fall besser gestellt, als der gesetzlich Versicherte.

#### ▶ Was mache ich, wenn die Versicherung meine Kosten nicht erstattet?

Es bleibt Ihnen in diesem Fall nur der Weg zum Zivilgericht. Vor dem Landgericht (zuständig über € 5.000,-) müssen Sie sich einen Rechtsanwalt nehmen. Zivilgerichte sind nicht gebührenfrei.

Quality for life