



Hilfsmittel und Widerspruch bei Ablehnung

Gesetzlich Versicherte und Krankenkassen streiten immer wieder über Hilfsmittel. Muss das sein?

Im „Hilfsmittelverzeichnis“ des GKV- Spitzenverbandes sind die Hilfsmittel gelistet. Hier sprechen wir von Seh-/Hörhilfen (Brillen/Hörgeräte), Körperersatzstücken (Prothesen), Rollstühlen, orthopädischen Schuhen, Kompressionsstrümpfen, Inkontinenz-/Stomaartikeln, Duschhockern, diversen technischen Hilfsmitteln (Spritzen, Inhalationsgeräte, Applikationshilfen) und mehr. Das Verzeichnis ist nicht abschließend. Nicht gelistete Hilfsmittel können deshalb, sofern eine medizinische Notwendigkeit im Einzelfall vorliegt, trotzdem bewilligt werden.

Missverständnisse vermeiden

Häufig werden jedoch Hilfsmittel falsch bezeichnet, stellen sich im Nachhinein als nicht geeignet heraus oder es müssen unerwartete Zuzahlungen erfolgen. Um solche Streitfelder zu meiden, empfiehlt es sich, sich bereits im Vorfeld von dem Sanitätshaus ausführlich beraten zu lassen, mit dem die Krankenkasse einen Versorgungsvertrag hält. Auf diese Weise befördert man korrekte Bezeichnungen des Hilfsmittels im Antrag und kann es obendrein testen. Wer bessere Produktqualität als die Basisversorgung der Kasse möchte, muss sich eventuell auf Zuzahlungen einrichten. Über den Hilfsmittelantrag

entscheidet die Kasse innerhalb von drei Wochen. Nur bei Anrufung des Medizinischen Dienstes (MDK) darf es länger dauern. Lehnt die Kasse ab, können Versicherte schriftlich innerhalb eines Monats Widerspruch erheben. Hierzu genügt zunächst der Satz: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen die Entscheidung vom ... ein.“ Die Widerspruchsbegründung sollte fristgerecht (ein Monat) nachgereicht werden.

Widerspruch fundiert begründen

Damit die Begründung fundiert ist, sollten Versicherte den Ablehnungsgrund kennen und entkräften. Im Vordergrund stehen die medizinische Notwendigkeit und die Eignung für das jeweilige Schädigungsbild. Hilfreich ist eine ausführliche schriftliche Stellungnahme behandelnder Ärzte und Therapeutinnen. Sanitätshäuser können dabei unterstützen. Prüft der MDK mit, hilft es in der Regel, die persönliche Situation zu schildern. Gemäß § 25 SGB X besteht ein Akteneinsichtsrecht, das Versicherte berechtigt, das MDK-Gutachten anzufordern, um noch zielgerichteter argumentieren zu können. Bleibt es dennoch bei der Ablehnung, steht Patientinnen und Patienten noch der Klageweg offen. Ob kostenpflichtige Anwälte dabei unterstützen, entscheiden Versicherte selbst, denn ein Anwaltszwang besteht beim Sozialgericht nicht.