

Leistungen

Zur Krankenbehandlung gehören nicht nur Arzneimittel, oft sind auch technische oder andere Hilfsmittel medizinisch notwendig, die zusätzlich unterstützen und bei der Heilung helfen.

Welche Hilfsmittel zahlt die Krankenkasse

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen Hilfsmittel, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung auszugleichen. Ein Anspruch kann auch im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen bestehen

eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 bei bestmöglicher Brillenkorrektur gegeben ist oder eine Sehhilfe mit einer Brechkraft von mehr als 6 Dioptrien infolge von Kurz- oder Weitsichtigkeit oder von mehr als 4 Dioptrien infolge von Hornhautverkrümmung notwendig ist.

Wenn ein Leistungsanspruch besteht, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die erforderlichen Sehhilfen in Höhe der vertraglich vereinbarten Preise, maximal bis zur Höhe der jeweils geltenden Festbeträge.

Zuzahlungen bei Hilfsmitteln

Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, (z.B. Inkontinenzhilfen, Batterien, Sonden oder Spritzen) zahlen Versicherte zehn Prozent der Kosten pro Packung dazu maximal aber zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf an solchen Hilfsmitteln.

Für alle anderen Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregel von zehn Prozent des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro. In jedem Fall zahlen Versicherte nicht mehr als die Kosten des Mittels. Die Preise für Hilfsmittel werden zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart. Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag festgesetzt, bildet dieser die Obergrenze für die vertraglich zu vereinbarenden Preise.

Wo erhalten Versicherte Hilfsmittel?

Die Versorgung der Versicherten erfolgt über Vertragspartner der Krankenkassen. Versicherte können grundsätzlich alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Bei berechtigtem Interesse können die Versicherten ausnahmsweise auch andere Leistungserbringer wählen. Dadurch entstehende Mehrkosten müssen die Versicherten aber selbst tragen.