

Hilfsmittelversorgung i.S. der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

In Deutschland gibt es für behinderte Menschen unterschiedliche Hilfestellungen zum Ausgleich ihrer Behinderungen. Um diese Hilfen in Anspruch nehmen zu können, müssen bei den Leistungsträgern Anträge gestellt werden.

Rechtsanspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung

Gemäß § 33 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbare gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Dies gilt auch für die Kosten der zum Betrieb eines Elektrorollstuhls erforderlichen Energie (Ladestrom).

Auch bei Pflegebedürftigkeit gilt der Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 33 SGB V, unabhängig davon, in welchem Umfang eine Teilnahme am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist.

Alle Hilfsmittel, deren Kosten von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, sind im sog. Hilfsmittelverzeichnis aufgelistet. Das Hilfsmittelverzeichnis stellt eine „unverbindliche Auslegungshilfe“ ohne abschließenden Charakter dar.

1. Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen

Das nach §139 Sozialgesetzbuch V (vor dem 01.04.2007: §127 SGB V) erstellte Hilfsmittelverzeichnis ist eine listenförmige Zusammenstellung von Hilfsmitteln, deren Eigenschaften geprüft und als geeignet eingestuft wurden. Nach der Gesundheitsreform 2007 sollen in diesem Verzeichnis auch Qualitätsanforderungen festgelegt werden sowie Anforderungen an die bei der Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen. Zweck des Verzeichnisses ist eine umfassende Information für Versicherte, Kassen, Leistungserbringer, Ärzte u.a. über die als funktionstauglich anerkannten Hilfsmittel.

Das Hilfsmittelverzeichnis ist nach 34 Produktgruppen für die Krankenversicherung und 6 Produktgruppen für die Pflegeversicherung gegliedert. Ein Arzt muss sich nicht zwingend an den Hilfsmittelkatalog halten, d.h. er kann auch Hilfsmittel verordnen, die nicht in diesem Verzeichnis aufgeführt sind.

Eine Krankenkasse entscheidet dann fehlerhaft, wenn sie die Bewilligung eines Hilfsmittels ausschließlich deswegen ablehnt, weil es im Hilfsmittelverzeichnis nicht aufgelistet ist. Sie hat dann die Bandbreite ihrer Entscheidungsmöglichkeiten nicht gesehen und den Blick – rechtswidrig – auf das Hilfsmittelverzeichnis verengt. Gegen eine so begründete Ablehnung sollte auf jeden Fall Widerspruch eingelegt werden.

Der Rechtsprechung und der einschlägigen Fachliteratur lässt sich entnehmen:

Das Hilfsmittelverzeichnis hat rein informatorischen Charakter, d.h. es dient den Krankenkassen, Ärzten und Versicherten als Orientierungshilfe. Ist ein Hilfsmittel nicht aufgelistet, bedeutet das nicht zwingend, dass es auf keinen Fall verordnet werden könnte (vgl. Gustav Figge, Sozialversicherungshandbuch, Leistungsrecht, unter 6.3.4.). Dies hat das Bundessozialgericht in verschiedenen Urteilen bestätigt, z.B. AZ: B 3 KR 3/00 R oder B 3 P 9/06 R).

Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist aber, dass das Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich ist,

- um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- um einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- um eine Behinderung bei Aktivitäten auszugleichen, die i.S. der Gesetzlichen Krankenkassen zur „Befriedigung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens“ gehören.

Als Hilfsmittel scheiden von vornherein die sächlichen Mittel aus, die einen Behinderungsausgleich auf nur beruflichem oder nur gesellschaftlichem Gebiet bezwecken, also lediglich einen Teilbereich des Lebens betreffen. So kann zum Beispiel ein klappbarer Pflegelifter, der nur auf Reisen eingesetzt werden soll, nicht beansprucht werden.

Die Krankenkasse muss die Kosten für ein Hilfsmittel auch dann nicht tragen, wenn es sich bei der beantragten Sachleistung um einen allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handelt.

Das ist nie der Fall, wenn dieses Hilfsmittel nur von Behinderten benutzt werden kann und Nichtbetroffene es deswegen - zumindest nicht in nennenswertem Umfang - nicht benutzen. Ist es fraglich, ob das Hilfsmittel auch von Nichtbehinderten im täglichen Leben verwendet wird, müssen dazu im Einzelfall Feststellungen getroffen werden.

Das Hilfsmittel muss darüber hinaus zur Lebensbetätigung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse benötigt werden. Ein Hilfsmittel i.S. der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt daher nur dann vor, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft. Nach aktueller Rechtsprechung (s. AZ: B3 KR 26/02 R, B3 KR 8/98 R) gehören hierzu: das Gehen, Stehen und Treppensteigen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, die Ausscheidung, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums, der auch die Aufnahme von Informationen, die Kommunikation mit anderen sowie das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens (Schulwissen) umfasst.

Eine über die Befriedigung solcher Grundbedürfnisse hinausgehende Hilfsmittelversorgung ist Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme, ggf. kommen der Träger der beruflichen Rehabilitation, die Eingliederungshilfe (Sozialhilfe) oder die Pflegeversicherung in Betracht.

Das Grundbedürfnis des „Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums“ hat die Rechtsprechung nur i.S. eines Basisausgleichs der Behinderung und nicht i.S. des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten des Gesunden verstanden.

So hat der Senat in seiner Entscheidung vom 08.06.1994 (AZ: 3/1 RK 13/93 = SozR 3-2500 §33 Nr.7 - Rollstuhlboy) zwar die Bewegungsfreiheit als Grundbedürfnis bejaht, aber dabei auf diejenigen Entfernungen abgestellt, die ein Gesunder zu Fuß zurücklegt.

Im Allgemeinen kann also auch ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgelistetes Hilfsmittel von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist oder wenn es eine medizinische Leistung ergänzt und eine Behinderung teilweise oder ganz ausgleicht. Sofern die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit anzweifelt, ist eine eingehende Begründung durch den behandelnden Arzt nötig.

2. Hilfsmittelverzeichnis der Pflegekassen

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis (§78 SGB XI) ist als Anhang zum Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung (§139 SGB V) veröffentlicht. Beide Verzeichnisse sind nicht abschließend. Sie stellen eine Orientierungshilfe dar.

Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für Hilfsmittel, die zur

- Erleichterung der Pflege,
- Linderung von Beschwerden,
- und/oder zur selbstständigeren Lebensführung des Pflegeversicherten geeignet sind (§40 Abs.1 SGB XI).

Hilfsmittel, die von vornherein eine Doppelfunktion als Behinderungsausgleich (= Leistung der Krankenkasse) und der Pflegeerleichterung (= Leistung der Pflegekasse) erfüllen, sind nach der Regelung in §78 Abs.2 Satz 2 SGB XI ausschließlich im Verzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen aufzuführen. Dies soll die vorrangige Leistungspflicht der Krankenkassen für Hilfsmittel deutlich machen. Die Hilfsmittelversorgung von Versicherten durch die Pflegekassen ist ergänzend zu den Leistungen der Krankenkassen zu verstehen.

Hilfsmittel mit Doppelfunktion können z.B. Einmalwindeln bei Inkontinenz sein, weil diese im einen Fall die Pflege eines Bettlägerigen erleichtern; im anderen Fall können Einmalwindeln die Mobilität und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglichen, also dem Behinderungsausgleich dienen und damit eine Leistung der Krankenkasse sein (aus: BSG-Urteil vom 15.11.2007, AZ.: B 3 A 1/07 R).

Nach §40 Abs.3 SGB XI muss der (volljährige) Versicherte 10% des Anschaffungspreises (höchstens aber 25,- Euro) selbst tragen, wenn das Hilfsmittel neu angeschafft wird.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z.B. Ernährungssonden, Einmalhandschuhe u.a.) werden bis zu einem Betrag von monatlich 31,- Euro übernommen. Seit 01.01.2004 müssen 10% pro Verpackungseinheit, max. aber 10,- Euro pro Monat zugezahlt werden.

Für Umbaumaßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds kann bei den Pflegekassen ein Zuschuss von max. 2.557,- Euro beantragt werden (§40 Abs.4 SGB XI).

Rechtliche Grundlagen für die Kostenübernahme

Der Versorgungsumfang wird durch die Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Hier wird festgelegt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden.

Das Hilfsmittel muss erforderlich sein

Ein Hilfsmittel ist nach der Rechtsprechung erforderlich, wenn sein Einsatz die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und zur Lebensbetätigung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse benötigt wird (§ 31 SGB IX).

Zu diesen Grundbedürfnissen gehören nicht nur die allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens wie Sehen, Hören, Gehen, Essen und Körperpflege, sondern auch die Schaffung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums, der die Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben umfasst. Hierzu gehören die Aufnahme von Informationen, die Kommunikation mit anderen Personen sowie das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens (Schulwissen).

Bei Hilfsmitteln darf es sich nicht um einen allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handeln. Keine allgemeinen Gebrauchsgegenstände sind Geräte, die speziell für die Bedürfnisse behinderter Menschen konstruiert sind und nur von Menschen mit Behinderung eingesetzt werden. Herkömmliche Computer z.B. zählen als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens und sind demzufolge von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen. Seltene Ausnahmen gab es bisher nur für Schüler, die den Computer für die Schulausbildung benötigten. Behinderungsbedingte Sonderausstattungen von Computern müssen dagegen von den Krankenkassen übernommen werden.

Wenn ein Hilfsmittel, anders als dies z.B. bei Rollstühlen der Fall ist, nicht unmittelbar die beeinträchtigte Körperfunktion ergänzt oder ersetzt, kann die Frage, ob ein Hilfsmittel ein so genanntes Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft, problematisch sein. So wurden beispielsweise vom Bundessozialgericht Klagen auf Kostenübernahme für ein so genanntes Therapie-Tandem bereits mehrfach abgewiesen (BSG, AZ: B 3 KR 8/02 R vom 21.11.2002; BSG, AZ: B 8 KN 13/97 R vom 13.05.1998; BSG, AZ: B 3 KR 9/98 R vom 16.09.1999). Das Fahrradfahren selbst sei kein Grundbedürfnis des täglichen Lebens, so das BSG. Ausnahmsweise wurde jedoch die Erforderlichkeit eines Therapie-Dreirades für Jugendliche anerkannt. In diesem Fall war das Dreirad zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte mit nichtbehinderten Altersgenossen erforderlich (BSG, AZ: B 8 KN 13/97 vom 13.05.1998).

Das Hilfsmittel muss wirtschaftlich sein

Leistungen der Krankenkassen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit eines Hilfsmittels prüft die Krankenkasse deshalb, ob nicht ein kostengünstigeres oder geeigneteres Hilfsmittel zur Verfügung steht.

Mehrfachausstattungen

Mehrfachausstattungen mit funktionsgleichen Hilfsmitteln sind entsprechend dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit grundsätzlich möglich, wenn dies aus hygienischen, medizinischen oder sicherheitstechnischen Gründen erforderlich oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Eine Mehrfachausstattung muss immer besonders begründet werden.

Gesundheitsreform 2007 – Änderungen nach dem Wettbewerbstärkungsgesetz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)

Durch das im April 2007 verabschiedete Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-WSG genannt, wurde die Anspruchsgrundlage des Versicherten bzgl. der Hilfsmittelversorgung in einigen wesentlichen Punkten verändert. Die Grundlagen der Hilfsmittelversorgung sind weitgehend erhalten geblieben. Es wurden keine Hilfsmittel aus der Leistungspflicht ausgeschlossen. Ebenfalls unverändert bleibt der Grundsatz des o.g. § 33 SGB V.

Wie schon vor der Gesundheitsreform können allgemeine Gebrauchsgegenstände und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen nicht beansprucht werden.

Der Personenkreis derer, die Hilfsmittel von den gesetzlichen Krankenkassen beanspruchen dürfen, hat sich erweitert: Im Gesetz verankert wurde der Anspruch auf individuelle Hilfsmittel von Pflegeheimbewohnern. Zweitens ist der Anspruch auf Kostenübernahme von technischen Wartungen und Reparaturen gesetzlich deutlicher festgeschrieben.

Die Urteile der Sozialgerichte zu strittigen Fragen der Hilfsmittelversorgung im Einzelfall sind nach wie vor gültig und können zur Argumentation gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen weiterhin herangezogen werden. Auch das Hilfsmittelverzeichnis bleibt erhalten als „unverbindliche Auslegungshilfe“ ohne abschließenden Charakter.

Die Kassen dürfen künftig ihren Versicherten die Leistungserbringer (Sanitätshäuser) vorschreiben. Nach der gültigen Regelung dürfen Versicherte nur einen Leistungserbringer wählen, der Vertragspartner der Krankenkasse ist. Wer die jeweiligen Vertragspartner sind, ist bei der Krankenkasse zu erfahren. Es besteht auch die Möglichkeit, zu einem (von der Krankenkasse gelisteten) Versorger zu wechseln.

Einschränkungen hinsichtlich der Auswahl des Produktherstellers gibt es keine. Ebenso wenig gibt es Einschränkungen für Produkte, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind.

Falls sich im Einzelfall herausstellt, dass ein Produkt für den Betroffenen nicht eine angemessene Versorgung sicherstellen kann, kann ein Wechsel des Hilfsmittels/Herstellers notwendig werden. In diesem Fall müssen Betroffene (gemeinsam mit dem verordnenden Arzt und Sanitätshaus) den Bedarf eingehend begründen. Falls sich der Leistungserbringer weigert, das gewählte Hilfsmittel ohne Aufzahlung abzugeben, obwohl es zweckmäßig und angemessen ist und eine medizinische Notwendigkeit des Produktwechsels besteht, können Betroffene nach vorheriger Absprache mit der Krankenkasse den Leistungserbringer wechseln.

Die Krankenkasse übernimmt künftig nur die jeweils vertraglich vereinbarten Preise für ein Hilfsmittel. Die medizinische Notwendigkeit für ein erforderliches Hilfsmittel, dessen Preis über der Höhe des vertraglich vereinbarten Preises liegt, muss vom Arzt ausführlich und nachvollziehbar begründet werden. Die Begründung muss auf die Einzelfallsituation des Betroffenen eingehen. Ohne medizinische Notwendigkeit müssen die Mehrkosten vom Versicherten getragen werden.

§ 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V ermöglicht dem Versicherten den Bezug eines höherwertigen Hilfsmittels (z.B. eines Markenprodukts) bzw. zusätzlicher Leistungen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen. Die Aufzahlung der jeweiligen Mehr- und Folgekosten obliegt jedoch dem Versicherten.

Ausschreibungen von Hilfsmitteln (§ 127 Abs.1 SGB V)

Nach dem mehrfach korrigierten GKV-WSG können die Krankenkassen Hilfsmittel ausschreiben, wenn dies „zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung“ zweckmäßig ist. Den Begriff „zweckmäßig“ hat der Gesetzgeber nicht weiter definiert, daher ist es derzeit offen, welche Produktgruppen letztlich ausgeschlossen werden und bei welchen es weiterhin vertragliche Lösungen geben wird. Ausschreibungen für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden oder Ausschreibungen für eine Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil (z.B. bei voraussichtlich hohem Anpassungs- und Beratungsbedarf) sind bisher nicht vorgesehen.

Bei einer Ausschreibung erhält der Ausschreibungsgewinner ein Exklusivversorgungsrecht, so dass andere Leistungserbringer grundsätzlich keine Versorgung durchführen dürfen. Ein Wahlrecht ist dann für die Versicherten nicht mehr vorgesehen.

Wenn ein „berechtigtes Interesse“ geltend gemacht werden kann oder durch Vertragspartner eine Versorgung in einer zumutbaren Weise nicht möglich ist, können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer als den Ausschreibungsgewinner wählen. Ein „berechtigtes Interesse“ ist durch den Gesetzgeber nicht genau definiert, kann aber gegeben sein bei:

- Ersatzbeschaffung eines baugleichen Hilfsmittels
- Entscheidung für eine aufwändigere Versorgung bzw. ein höherwertiges Produkt bei Leistung einer Aufzahlung
- Versorgung aus einer Hand bei einer Vielzahl von Hilfsmitteln
- Fehlendes Vertrauensverhältnis zum Vertragspartner der Krankenkasse
- Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung

Letzteres ist bei Hilfsmitteln mit hohem Anpassungs- und Beratungsbedarf der Fall.

Wählen Versicherte einen anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, müssen sie ggf. Mehr- und Folgekosten selbst tragen (Einzelfallentscheidung mit einem weiter gehenden Preisvergleich des Kostenvoranschlages durch die Krankenkasse, § 127 Abs. 3 SGB V). Die Krankenkasse trägt die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde.

Die Festbetragsregelung

Die von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen festgesetzten einheitlichen Festbeträge betreffen einzig die Hilfsmittelgruppen zur Kompressionstherapie, zu Hörhilfen, Sehhilfen, Inkontinenzhilfen, Stomaartikel und Einlagen. Diese sind nicht mit den Vertragspreisen zu verwechseln. Für Hilfsmittel wie z.B. Elektrorollstühle oder für Sonderanfertigungen im Einzelfall gibt es keine Festbeträge.

Die Fall- oder Versorgungspauschale

Bei einer Versorgung nach Fallpauschale stellt der Leistungserbringer dem Versicherten ein Hilfsmittel in ausreichender Qualität und Funktion mit dem vereinbarten notwendigen Zubehör, für einen bestimmten Zeitraum (2-5 Jahre), inklusive aller anfallenden Reparaturen in diesem Zeitraum, zur Verfügung. Solche Pauschalen wurden, je nach Kasse und Region, z.B. für Rollatoren, Pflegebetten und Toilettenstühle eingeführt. Aus Kalkulationsgründen sind Hilfsmittel nach der Fallpauschale i.d.R. Standardmodelle mit geringem Reparaturaufwand. Fallpauschalen kommen nur für einfache Hilfsmittel und Versorgungen mit geringem Anpassungs- und Beratungsbedarf in Frage.

Hilfsmittel aus dem „Hilfsmitteldepot“ der Kasse

Die bisherige Regelung über die Hilfsmittelversorgung aus den sog. Hilfsmitteldepots, aus dem Krankenkassen dem Versicherten gebrauchte Hilfsmittel für den Wiedereinsatz zur Verfügung stellen, bleibt unverändert. Wird ein Hilfsmittel beantragt, schauen die Krankenkassen zuerst, ob im eigenen „Hilfsmitteldepot“ ein passendes Gerät vorhanden ist. Das Hilfsmittel muss in seiner Funktion jedoch mit dem verordneten Hilfsmittel identisch sein oder für den jeweiligen Benutzer entsprechend angepasst werden.

Pflicht der Krankenkasse zur Information und Qualitätssicherung

Neu ist die Informationspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten. Die Krankenkasse ist verpflichtet, ihre Versicherten auf Anfrage über die Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren (Leistungsumfang, Reparatur, Ersatzbeschaffung etc.). Die Informationen können Versicherten helfen, die Produkte und die angebotenen Dienstleistungen einem Vergleich zu unterziehen.

Wie diese Informationen übermittelt werden müssen, ist vom Gesetzgeber jedoch nicht geregelt. Hier hilft nur die Nachfrage bei der eigenen Krankenkasse. Die notwendige Qualität von Hilfsmitteln leitet sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis ab. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Qualität der Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten.

Wichtig für Versicherte:

Die Krankenkassen sind nach wie vor gehalten, eine zweckmäßige und medizinisch notwendige Versorgung sicherzustellen. Eine Zunahme der Fehlversorgungen kann aufgrund der neuen Regelungen zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht ausgeschlossen werden. Da z.T. noch keine Erfahrungen hinsichtlich der Qualität der Versorgung mit den neuen Leistungserbringern vorliegen, sind die Kassen auf Rückmeldungen der Versicherten angewiesen, ob und wie die Beschaffung und Abgabe der Hilfsmittel sowie die Dienstleistung funktioniert. Der erste Ansprechpartner bei Unklarheiten und Mängeln hinsichtlich der Versorgung ist daher immer die Krankenkasse.

Sollte es seitens der Krankenkasse mündliche Rückfragen geben, sollten Betroffene sich eine Notiz mit Datum, Gesprächspartner und Inhalt des Gesprächs machen. Mündliche Entscheidungen seitens der Leistungsträger bzw. der Krankenkasse sollte man sich schriftlich bestätigen lassen. In einem eigenen Ordner abgelegte Kopien eines jeden Schriftwechsels sind hilfreich, um den Überblick über Inhalte, Argumente und die einzuhaltenden Fristen zu bewahren.

Falls der von der Kasse vorgegebene Leistungserbringer keine adäquate Hilfsmittelversorgung gewährleisten kann, sollten Betroffene die Probleme mit der Versorgung ihrer Krankenkasse schriftlich mitteilen und auf deren Behebung bestehen. Sollten die Probleme bei der Versorgung nicht behoben werden, muss dies mit der Krankenkasse besprochen (ggf. sich auseinandergesetzt) werden.

Abgesehen davon haben Versicherte nach wie vor die Möglichkeit, die Krankenkasse zu wechseln, sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Bearbeitung der laufenden Hilfsmittel- und Rehaanträge übernimmt dann die neue Kasse. Gemäß der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen („Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel“ in der Fassung vom 22.09.2008) ist für die Erbringung von Hilfsmitteln jene Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Hilfsmittels ein Versicherungsverhältnis besteht.

Um Verzögerungen bei der Hilfsmittelversorgung zu vermeiden, sollten Versicherte darauf achten, dass die beteiligten Kassen die Behandlungsunterlagen rechtzeitig austauschen, damit die neue Kasse die Anträge fristgemäß bearbeiten kann.

Hinweise und Tipps für die Antragstellung

1. Die Auswahl des Hilfsmittels

Da Menschen mit Behinderungen für die Bewältigung ihres Alltags häufig spezielle Hilfsmittel benötigen, ist es empfehlenswert, sich bereits vor der definitiven Antragstellung über geeignete Hilfsmittel zu informieren und beraten zu lassen. Die Beratung kann durch Hilfsmittelberatungsstellen, örtliche Beratungsstellen, ein Sanitätshaus oder eine Hilfsmittelfirma erfolgen.

Hilfsmittel sind Betroffenen häufig aus verschiedenen Ausstellungen und Prospekten bekannt. Erst bei der Erprobung der Hilfsmittel in der häuslichen Umgebung zeigen sich jedoch eventuelle Schwierigkeiten. Gleichzeitig erleichtert das Ausprobieren die Entscheidung, welche Hilfsmittel individuell für den Benutzer geeignet und sinnvoll sind.

2. Die Antragstellung

Leistungen der Krankenkasse zur medizinischen Rehabilitation - wie die Versorgung mit Hilfsmitteln - erfolgen nur auf Antrag und aufgrund einer ärztlichen Verordnung. Der Antrag muss daher vor der Versorgung schriftlich eingereicht werden - sonst besteht keine Leistungspflicht der Krankenkasse.

Vor allem bei mündlichen Anfragen erhalten Betroffene von der Krankenkasse häufig die Auskunft, dass keine Aussicht auf Ausstattung mit dem gewünschten Hilfsmittel bestünde und daher kein Antrag gestellt zu werden braucht. Durch solche Aussagen sollten sich Betroffene jedoch nicht von einem schriftlichen Antrag abhalten lassen.

Sollte es seitens der Krankenkasse mündliche Rückfragen geben, sollten Betroffene sich eine Notiz mit Datum, Gesprächspartner und Inhalt des Gesprächs machen. Mündliche Entscheidungen seitens der Leistungsträger bzw. der Krankenkasse sollte man sich jedoch schriftlich bestätigen lassen. In einem eigenen Ordner abgelegte Kopien eines jeden Schriftwechsels sind hilfreich, um den Überblick über Inhalte, Argumente und die einzuhaltenden Fristen zu bewahren.

Für den Antrag bei der Krankenkasse ist neben der notwendigen Verordnung eine aktuelle fachärztliche Stellungnahme als Anlage besonders hilfreich. Bei Fragen zur Angemessenheit eines bestimmten Hilfsmittels oder bei kostenintensiven Hilfsmitteln sollte der verordnende Arzt zusätzlich eine schlüssige Begründung schreiben. Dabei sollte der Arzt auf die Grunderkrankung des Betroffenen und die im Einzelfall vorhandenen bzw. fortschreitenden Einschränkungen hinweisen und die medizinische Notwendigkeit des Hilfsmittels zum Ausgleich der Beeinträchtigung ausdrücklich begründen. Damit der Arzt eine nachvollziehbare Begründung aufsetzen kann, sollte ihm der individuelle Bedarf, also die persönliche Notwendigkeit des Hilfsmittels geschildert werden.

Es ist von Vorteil, wenn auch eine Stellungnahme eines Therapeuten, einer Beratungsstelle oder Rehabilitationseinrichtung mit eingereicht werden kann. Bei bevorstehender Rollstuhl- oder Kommunikationshilfsmittelversorgung ist es außerdem wichtig, die genaue Modellbezeichnung des Hilfsmittels (mit Hilfsmittel-Nummer, falls vorhanden) sowie das Zubehör, das nicht zur Grundausstattung gehört, auf der Verordnung zu vermerken. Der Antrag ist anschließend zusammen mit der Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Leistungserbringer bieten oft die Übernahme der Antragstellung für die Betroffenen bzw. die Weiterleitung der Verordnung an die Krankenkasse an. Dieses Vorgehen ist nicht zu empfehlen, da Betroffene hierdurch nicht wissen, was der Leistungserbringer tatsächlich bei der Krankenkasse beantragt und vereinbart hat.

Falls dann ein anderes Hilfsmittel als das gewünschte geliefert wird oder wichtiges Zubehör fehlt, ist es aufwändig, nachträglich die Sachlage zu ergründen, um eine entsprechende Versorgung zu erreichen.

Die Erfahrungen aus der Beratungspraxis haben gezeigt, dass durch den selbst gestellten und schlüssig begründeten Antrag das Nachfordern von weiteren Unterlagen oder ärztlichen Attesten seitens der Krankenkasse z.T. vermieden werden kann. Das Genehmigungsverfahren kann auf diese Weise verkürzt, die langen Bearbeitungszeiten durch die Krankenkasse begrenzt werden.

3. Prüfung und Entscheidung der Krankenkasse

Auch wenn ein Mittel bzw. Gerät als Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden darf, wird von den Krankenkassen dennoch die Erforderlichkeit des Hilfsmittels geprüft (unter Berücksichtigung des Einzelfalls und unter Einbeziehung des Wirt-

schaftlichkeitsgebots). Bei dieser Prüfung stützen sich Krankenkassen oft auf ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder auf die Stellungnahme eines technischen Beraters. Die abschließende Entscheidung der Krankenkasse beruht auf den eingereichten Unterlagen (ärztliche Atteste, Berichte, Stellungnahmen) und dem Ergebnis der MDK-Prüfung. Diese kann nach Aktenlage oder vor Ort erfolgen.

3.1. Zuständigkeitsklärung und Bearbeitungsfristen

Leistungen verzögern sich häufig, weil der Bedarf in Frage gestellt oder die Zuständigkeit nicht geklärt wird. Für die schnelle Klärung von Zuständigkeiten enthält das Sozialgesetzbuch IX eine Regelung zur Verfahrensbeschleunigung: Die Zuständigkeitsklärung gemäß §14:

Die Krankenkasse ist danach verpflichtet, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages zu entscheiden, ob sie für die Leistung zuständig ist. Stellt die Krankenkasse bei der Prüfung fest, dass sie für die Leistung nicht zuständig ist, ist sie verpflichtet, den Antrag unverzüglich an den nach ihrer Auffassung zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten und den Antragsteller hierüber zu unterrichten. In beiden Fällen müssen die Leistungsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang entscheiden.

Sollte ein MDK-Gutachten zur Ermittlung des Leistungsbedarfs nötig sein, muss das Gutachten nach zwei Wochen vorliegen und die Entscheidung bereits zwei Wochen später getroffen worden sein.

Wenn die Krankenkasse die Entscheidungsfristen nicht einhalten kann, hat sie dies dem Antragsteller unter Angabe der Gründe für die Verzögerung mitzuteilen. Sollte die Krankenkasse dem Antragsteller fristgerecht keine Antwort gegeben oder fristgerecht keine Entscheidung mitgeteilt haben, empfiehlt es sich, unter Verweis auf den § 14 SGB IX schriftlich nachzufragen, aus welchen Gründen es zu einer Verzögerung bei der Antragsbearbeitung gekommen ist.

Widerspruch im Falle eines Ablehnungsbescheides der Krankenkasse

Die Krankenkasse kann einen Antrag ganz oder teilweise befürworten oder ihn ablehnen. Gegen einen Ablehnungsbescheid kann innerhalb eines Monats schriftlich Widerspruch bei der Krankenkasse eingelegt werden.

Sollte im Bescheid bzw. im ablehnenden Schreiben der Krankenkasse nicht ordnungsgemäß (d.h. mit Rechtsbehelfsbelehrung) darauf hingewiesen worden sein, dass innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden kann, beträgt die Widerspruchsfrist ein Jahr.

Der Widerspruch sollte mit sachkundiger Hilfe ausführlich begründet werden. Da es sich bei der Hilfsmittelversorgung muskelkranker Menschen oft um Einzelfallentscheidungen handelt, sollte insbesondere darauf geachtet werden, dass die Krankenkasse die besondere Lage und Problematik des Antragstellers berücksichtigt. Hierzu ist sie nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB X (Amtsermittlungsgrundsatz und Sorgfaltspflicht) sowie nach § 35 SGB X (Begründung eines Verwaltungsaktes) verpflichtet. Danach sind alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen (z.B. durch eine Begutachtung vor Ort) und die Entscheidungsgründe sind bekannt zu geben. Begründet die Krankenkasse ihre Entscheidung mit dem MDK-Gutachten, empfiehlt es sich, das MDK-Gutachten anzufordern und selbst gründlich zu prüfen. Sollte das Gutachten fehlerhaft oder die individuellen Umstände des Versicherten (z.B. durch Entscheidung nach Aktenlage) nicht ausreichend berücksichtigt worden sein, kann sich der Versicherte auf die o.g. Anspruchsgrundlagen beziehen und ggf. eine Begutachtung vor Ort (ein erneutes Gutachten) erwirken. Die Erfahrung zeigt, dass im Widerspruchsverfahren die Versorgung mit dem zuvor abgelehnten Hilfsmittel häufig noch erreicht werden kann.

Der Widerspruchsbescheid

Die Krankenkasse kann dem eingelegten Widerspruch ganz oder teilweise abhelfen (d.h. zustimmen) oder ihn ablehnen. Wenn über einen Widerspruch nicht innerhalb von drei Monaten entschieden worden ist, besteht die Möglichkeit, Untätigkeitsklage (§ 88 SGG) beim Sozialgericht zu erheben. Grundsätzlich kann die Untätigkeitsklage ohne anwaltliche Hilfe beantragt werden. Voraussetzung ist jedoch, dass Betroffene schriftliche Beweise für die Untätigkeit der Kasse vorlegen können (z.B. schriftliche Nachfragen, Mahnung, Fristsetzung).

Klage vor dem Sozialgericht

Im Falle einer definitiven Ablehnung des Widerspruchs kann der Antragsteller Klage beim Sozialgericht einreichen. Bevor eine Klage erhoben wird, muss das Widerspruchsverfahren vollständig durchlaufen sein. Vor Einreichen einer Klage sollten Betroffene rechtsanwaltliche Beratung einholen. Zu beachten ist, dass Klageverfahren zur Hilfsmittelversorgung über Jahre hinweg dauern können.

Ein Weg zur Verfahrensbeschleunigung - Die einstweilige Anordnung

Die einstweilige Anordnung ist eine Möglichkeit, schneller zu einer vorläufigen Hilfsmittelversorgung zu kommen. Wenn der Antragsteller z.B. ohne rechtzeitige Ausstattung mit dem Hilfsmittel gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erwarten hätte, die unzumutbar und nicht mehr zu beseitigen wären, kann sowohl im Widerspruchs- als auch im Klageverfahren beim Sozialgericht der Erlass einer einstweiligen Anordnung (nach § 86b SGG - Sozialgerichtsgesetz) beantragt werden, um die Krankenkasse zur vorläufigen Ausstattung mit dem beantragten Hilfsmittel zu verpflichten. Grundsätzlich kann eine einstweilige Anordnung ohne anwaltliche Hilfe beantragt werden. Zu beachten ist jedoch, dass, wenn im Rahmen der endgültigen gerichtlichen Entscheidung der Anspruch nicht als berechtigt anerkannt wird, die erlassene Bewilligung wieder rückgängig gemacht werden kann.

Voraussetzungen für die Selbstbeschaffung eines Hilfsmittels

Nach § 15 SGB IX ist es dem Antragsteller in bestimmten Fällen möglich, sich Leistungen selbst zu beschaffen. Die Möglichkeit der Selbstbeschaffung besteht, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (§ 15 Abs.1 Satz 4 SGB IX). Zu beachten ist jedoch, dass, wenn zum einen keine Leistungspflicht besteht und zum anderen die Kosten der Selbstbeschaffung von der Krankenkasse nicht als notwendig anerkannt werden, das Risiko besteht, die vorfinanzierten Kosten nicht erstattet zu bekommen. Sich zuvor über die Leistungspflicht des Leistungsträgers rechtlich beraten zu lassen, ist daher sehr zu empfehlen.