

FACHINFO:

Hilfsmittel von der gesetzlichen Krankenversicherung

Rechtliche Grundlagen und praktische
Hinweise

2. Auflage 2005

Jürgen Greß

Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Rechtsanwälte Hoffmann & Greß

Dauthendeystr. 2

81377 München

Telefon: (089) 76 73 60 70

Telefax: (089) 76 73 60 88

info@hoffmann-gress.de

www.hoffmann-gress.de

Hilfsmittel von der gesetzlichen Krankenversicherung - rechtliche Grundlagen und praktische Hinweise für die Antragstellung-

Gerade in letzter Zeit hat sich gezeigt, dass verschiedene Krankenkassen Anträge auf Versorgung mit Hilfsmitteln nur noch sehr schleppend bearbeiten oder ganz ablehnen. Zum Teil konnten versicherte Personen sogar den Eindruck gewinnen, dass Anträge auf Hilfsmittel im ersten Anlauf regelmäßig abgelehnt werden. Die folgenden Hinweise sollen Sie bei der Beantragung und der effektiven Durchsetzung von Hilfsmitteln unterstützen und Ihnen Mut machen.

Zunächst werden im folgenden die rechtlichen Grundlagen und Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln dargestellt. Anschließend folgen praktische Hinweise für die Antragstellung und die effektive Durchsetzung.

I. Rechtliche Grundlagen

Versicherte Personen haben gegenüber den Krankenkassen einen Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen (§ 33 Abs. 1 SGB V).

Als Hilfsmittel kommen beispielsweise in Betracht Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke (Prothesen), Mobilitätshilfen (Rollstühle, Therapie-Tandem) und Kommunikationshilfsmittel (elektronische Kommunikationshilfen, behinderungsbedingte Zusatzausstattungen von PC). Der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung umfasst immer auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels. Darüber hinaus ist die Versorgung mit der zum Betrieb erforderlichen Energie (bei Elektrorollstühlen die Kosten für den Ladestrom) eingeschlossen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam ein Hilfsmittelverzeichnis erstellt, in dem die Produkte aufgelistet sind, die erstattet werden (§ 128 SGB V). Das Hilfsmittelverzeichnis ist jedoch keine Positivliste, sondern gilt nur als unverbindliche Empfehlungsliste. Daher können im Einzelfall auch nicht aufgelistete Produkte erstattungsfähig sein.

1. Was prüft die Krankenkasse bei der Genehmigung eines Hilfsmittels?

a) Das Hilfsmittel muss erforderlich sein:

Erforderlich im Sinne des Gesetzes ist ein Hilfsmittel, das die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein sogenanntes Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft. Zu diesen Grundbedürfnissen gehören die allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens wie Gehen, Sehen, Hören, Essen und Körperpflege.

Zu den Grundbedürfnissen zählt auch die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums. Hierzu zählen, die Aufnahme von Informationen, die Kommunikation mit anderen Personen sowie das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens (Schulwissens).

Bei Hilfsmitteln darf es sich nicht um einen allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handeln. Keine allgemeinen Gebrauchsgegenstände sind daher Geräte, die speziell für die Bedürfnisse behinderter Menschen konstruiert sind und nur von Menschen mit Behinderung eingesetzt werden. PC`s in Normalausstattung sind danach als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens nicht von der Leistungspflicht der Krankenkassen erfasst. Dagegen können behinderungsbedingte Sonderausstattungen von PC`s von den Krankenkassen übernommen werden.

Die Frage, ob ein Hilfsmittel ein sogenanntes Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft, kann dann problematisch sein, wenn das Hilfsmittel, anders als dies z. B. bei Hörgeräten oder Rollstühlen der Fall ist, nicht unmittelbar die beeinträchtigte Körperfunktion ersetzt oder ergänzt.

So wurde beispielsweise vom Bundessozialgericht (im folgenden abgekürzt: BSG) die Ausstattung mit einem sogenannten Therapie-Tandem bereits mehrfach abgelehnt, soweit das Tandem nur der Fortbewegung dienen sollte. Das Fahrradfahren selbst sei kein Grundbedürfnis des täglichen Lebens, so das BSG. Ausnahmsweise bejahte jedoch das BSG die Erforderlichkeit eines Therapie-Dreirades für einen Jugendlichen, wenn das Dreirad zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte mit nichtbehinderten Altersgenossen erforderlich war.

b) 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 hat die Krankenkasse folglich zu prüfen, ob nicht ein kostengünstigeres oder zumindest geeigneteres Hilfsmittel zur Verfügung steht.

c) Gibt es einen Anspruch auf die bestmögliche Versorgung?

Im Zusammenhang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot wird von den Krankenkassen häufig die Auffassung vertreten, dass kein Anspruch des Versicherten auf die **bestmögliche Versorgung**, sondern nur auf eine angemessene Grundversorgung bestehe.

In der Rechtsprechung ist dagegen anerkannt, dass auch die bestmögliche Versorgung wirtschaftlich sein kann. Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verstößt die bestmögliche Versorgung nur dann gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, wenn die zusätzlichen Gebrauchsvorteile des Hilfsmittels im Alltagsleben als eher gering und die dafür anfallenden Kosten im Vergleich zu einem bisher als ausreichend angesehenen Versorgungsstandard als unverhältnismäßig hoch einzuschätzen sind.

2. Wann besteht die Möglichkeit der Selbstbeschaffung eines Hilfsmittels?

Die Krankenkasse ist verpflichtet, über einen Antrag innerhalb von 3 Wochen nach dem Antragseingang zu entscheiden (§ 15 Abs. 1 SGB IX). Wenn für die Überprüfung des Antrages ein Gutachten erforderlich ist, verlängert sich die Frist um 4 Wochen.

Wenn die Krankenkasse die Entscheidungsfristen nicht einhalten kann, hat sie dies dem Antragsteller unter Angabe der Gründe für die Verzögerung mitzuteilen. Ist diese Mitteilung unterblieben oder ist sie nicht mit zureichenden Gründen (z.B. Verletzung von Mitwirkungspflichten oder Informationspflichten von Ärzten) versehen, kann der Antragsteller der Krankenkasse eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen wird. Als angemessene Frist wird in der Regel ein Zeitraum von 3 bis 4 Wochen angesehen.

Neben der vorstehend beschriebenen Untätigkeit der Krankenkasse besteht auch die Möglichkeit der Selbstbeschaffung, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX).

Bei einer Selbstbeschaffung ist die Krankenkasse zur Erstattung der entstehenden Aufwendungen verpflichtet, allerdings nur in Höhe der notwendigen Kosten. Derjenige, der sich die beantragte Leistung selbst beschafft, trägt das Risiko, dass zum Einen keine Leistungspflicht besteht und zum Anderen, dass die Kosten der Selbstbeschaffung nicht als notwendig anerkannt werden. Das Risiko der Selbstbeschaffung trägt damit allein die selbstbeschaffende Person.

II. Praktische Hinweise für die Antragstellung und Durchsetzung von Hilfsmitteln

(Die nachstehenden Hinweise gelten entsprechend für die Beantragung von Heilmitteln oder besonderen Therapien aber auch für andere Sozialleistungen wie Pflegegeld, Grundversicherung, Eingliederungshilfe/Sozialhilfe etc.)

1. Die Antragstellung:

Anträge auf Versorgung mit einem Hilfsmittel sind bei der eigenen Krankenkasse zu stellen. Es empfiehlt sich dringend, den Antrag schriftlich einzureichen.

Vor allem bei mündlichen (auch telefonischen) Anfragen erhalten Betroffene erfahrungsgemäß von der Krankenkasse häufig die Auskunft, dass überhaupt keine Aussicht auf Ausstattung mit dem begehrten Hilfsmittel bestünde und daher besser gar kein Antrag gestellt

werden sollte. Lassen Sie sich jedoch durch solche Auskünfte nicht von der Stellung eines schriftlichen Antrags abhalten.

Sollten Sie nicht innerhalb von etwa 3 bis 4 Wochen eine Antwort oder Entscheidung der Krankenkasse erhalten haben, empfiehlt es sich, telefonisch nachzufassen und abzuklären, aus welchen Gründen es zu einer Verzögerung bei der Bearbeitung des Antrages kommt. Selbst wenn die Krankenkasse zur Prüfung der Notwendigkeit eines Hilfsmittels ein Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenkasse einholt, sollte sich die Bearbeitung nur um wenige Woche verzögern.

Bisweilen drängt sich jedoch der Eindruck auf, dass die Krankenkassen versuchen, beispielsweise durch das Nachfordern von weiteren Unterlagen oder ärztlichen Attesten, die Bearbeitung des Antrags zu verschleppen. In der Praxis kommt es leider relativ häufig vor, dass sich die Bearbeitung eines Antrages um viele Monate oder gar ein Jahr dahinschleppt ohne dass eine Entscheidung getroffen wird.

In einem solchen Fall macht es keinen Sinn, auf den guten Willen des betreffenden Sachbearbeiters zu hoffen und abzuwarten. Vielmehr sollte dann mit Hilfe eines Rechtsanwaltes vorgegangen werden, um den Druck auf die Krankenkasse zu erhöhen und nicht noch mehr Zeit zu verlieren.

Wenn über den Antrag nicht innerhalb von 6 Monaten entschieden worden ist, besteht die Möglichkeit, **Untätigkeitsklage** (gemäß § 88 SGG) beim Sozialgericht zu erheben. Klageverfahren vor den Sozialgerichten können jedoch im Bereich der Hilfsmittelversorgung erfahrungsgemäß einen Zeitraum von 1 bis 1 ½ Jahren (bereits nur für die 1. Instanz) in Anspruch nehmen.

Sofern Eilbedürftigkeit besteht, empfiehlt es sich daher, im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes den **Erlass einer einstweiligen Anordnung** (nach § 86b SGG) beim Sozialgericht zu beantragen, um die Krankenkasse zur vorläufigen Ausstattung mit dem beantragten Hilfsmittel zu verpflichten. Voraussetzung für den Erlass einer einstweiligen Anordnung ist, dass der Antragsteller ohne die baldige Ausstattung mit dem Hilfsmittel Nachteile zu erwarten hätte, die unzumutbar und nicht mehr zu beseitigen wären.

2. Der Ablehnungsbescheid:

Gegen einen Ablehnungsbescheid kann innerhalb eines Monats **Widerspruch** bei der Krankenkasse schriftlich oder zur Niederschrift eingelegt werden. Sollte in dem Bescheid bzw. dem ablehnendem Schreiben der Krankenkasse nicht ordnungsgemäß darauf hingewiesen sein, dass innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden muss, beträgt die Widerspruchsfrist ein Jahr.

Der Widerspruch sollte eingehend, am Besten mit fachkundiger Hilfe, begründet werden. **Die Erfahrung zeigt, dass dann im Widerspruchsverfahren häufig doch noch, trotz vorheriger Ablehnung, die Versorgung mit dem Hilfsmittel erreicht werden kann.**

Sollte über den eingelegten Widerspruch nicht innerhalb von drei Monaten entschieden werden, besteht die Möglichkeit, **Untätigkeitsklage** beim Sozialgericht einzulegen. Im Falle

der Eilbedürftigkeit besteht wiederum die Möglichkeit, den **Erlas einer einstweiligen Anordnung** beim Sozialgericht zu beantragen.

3. Der Widerspruchsbescheid:

Sollte die Kostenübernahme für das Hilfsmittel in dem Widerspruchsbescheid weiterhin abgelehnt werden, kann gegen den Widerspruchsbescheid innerhalb einer Frist von einem Monat vor dem Sozialgericht **Klage** erhoben werden.

Das Gerichtsverfahren vor dem Sozialgericht ist grundsätzlich kostenfrei. Es fallen keine Gerichtsgebühren an und ein eventuell erforderliches Sachverständigengutachten wird in der Regel ebenfalls von der Staatskasse getragen. Für den Fall der Klageabweisung hat der Kläger nur seine eigenen Anwaltskosten zu tragen. Zur effektiven Durchsetzung seiner Ansprüche empfiehlt sich wegen der schwierigen und komplexen Rechtsmaterie dringend die Hinzuziehung eines fachkundigen und erfahrenen Rechtsanwaltes. Durch eine entsprechende Rechtsschutzversicherung lässt sich dieses Kostenrisiko weitgehend absichern.

4. Fazit:

- a) Leistungen der Krankenkassen erfolgen nur auf Antrag. Dringend empfehlenswert ist die Stellung eines schriftlichen Antrages auf Ausstattung mit einem Hilfsmittel. Lassen Sie sich nicht mit der Aussage abwimmeln, ein Antrag hätte sowieso keine Aussicht auf Erfolg!
- b) Nehmen Sie nicht hin, wenn die Krankenkasse Ihren Antrag nicht oder nur schleppend bearbeitet. Fassen Sie telefonisch oder auch schriftlich nach und erfragen Sie zumindest die Gründe für die Verzögerung.
- c) Kämpfen Sie nicht alleine gegen die Krankenkasse, sondern holen Sie sich frühzeitig Rat und Unterstützung bei entsprechenden Beratungsstellen oder bei spezialisierten Rechtsanwälten.
- d) Scheuen Sie sich nicht, Ihre Ansprüche notfalls vor Gericht durchzusetzen, wenn Sie von der Krankenkasse dazu gezwungen werden. Aus Angst vor vermeidlichen Konsequenzen wird leider häufig kein Widerspruch oder keine Klage eingelegt:
"Aber ich kann doch nicht gegen die Krankenkasse klagen. Ich will mich doch nicht unbeliebt machen. Was passiert wenn ich wieder etwas beantragen muss?"
Lassen Sie sich bitte nicht entmutigen und einschüchtern. Nur wenn Sie sich zur Wehr setzen, können Sie für sich und andere Betroffene die Ihnen zustehenden Leistungen der Krankenversicherung sichern.

***Sie fallen der Krankenkasse nicht zur Last,
sondern beanspruchen nur das,
was Ihnen von Rechts wegen zusteht!***