

Ansprüche auf Hilfsmittel und wie man sie durchsetzt

Gerade in letzter Zeit zeigt sich immer mehr, 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 des Münchener Rechtsanwaltes Jürgen Greß sollen bei der Beantragung und der effektiven Durchsetzung von Hilfsmitteln unterstützen und 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 (§ 139 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) Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens

Der Gegenstand muss speziell für die Bedürfnisse behinderter Menschen konstruiert sein und nur von Menschen mit Behinderung eingesetzt werden. PCs in Normalausstattung sind Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, anders behinderungsbedingte Sonderausstattungen von PCs.

b) Erforderlichkeit

Das Hilfsmittel muss im Einzelfall erforderlich sein, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Die Rechtsprechung unterscheidet dabei Hilfsmittel zum unmittelbaren oder mittelbaren Ausgleich der Behinderung.

Unmittelbarer Ausgleich = Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion selbst (z. B. Hörgerät, Prothese, C-

Leg): Die Erforderlichkeit des Hilfsmittels ist in diesen Fällen regelmäßig zu bejahen.

Mittelbarer Ausgleich = Zweck des Hilfsmittels ist es, die direkten und indirekten Folgen der Behinderung auszugleichen (z. B. Rollstuhl): Die Krankenkasse schuldet hier nur den Basisausgleich von Behinderungsfolgen (vgl. nachfolgend Ziffer 2.).

c) Wirtschaftlichkeit

Ein Hilfsmittel ist unwirtschaftlich, wenn ein kostengünstigeres oder zumindest geeigneteres Hilfsmittel zur Verfügung steht. Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit eines Hilfsmittels hat die Krankenkasse danach zu klären, ob nicht ein kostengünstigeres oder zumindest geeigneteres Hilfsmittel zur Verfügung steht. Das Hilfsmittel muss hier den einschlägigen Qualitätskriterien genügen. Weiter sind die Nutzungsdauer und die Vermeidbarkeit von Folgeschäden zu prüfen. Es empfiehlt sich daher, bereits bei der Antragstellung durch entsprechende ärztliche Gutachten darzulegen, dass aufgrund der speziellen Erkrankung beziehungsweise Behinderung ausschließlich das beantragte Hilfsmittel geeignet ist. Auf diese Weise wird es der Krankenkasse zumindest erschwert, den Antrag unter Hinweis auf eine kostengünstigere Alternativlösung abzulehnen.



2. Gibt es einen Anspruch auf die bestmögliche Versorgung

Ein Anspruch auf eine bestmögliche Versorgung besteht, wenn das Hilfsmittel die Ausübung der beeinträchtigten Körperfunktion selbst ermöglicht, ersetzt oder erleichtert (unmittelbarer Behinderungsausgleich). Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs ist die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich von dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend, solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig im Sinne des Gleichziehens mit einem gesunden Menschen erreicht ist. Keine Leistungspflicht besteht nur für solche Innovationen, die nicht die Funktionalität, sondern in erster Linie die Bequemlichkeit und den Komfort betreffen oder wenn einer nur geringfügigen Verbesserung des Gebrauchsnutzens ein als unverhältnismäßig einzuschätzender Mehraufwand gegenübersteht.

Kein Anspruch auf die bestmögliche Versorgung besteht jedoch dagegen im Bereich des mittelbaren Behinderungsausgleichs. Die Krankenkasse schuldet nur den Basisausgleich von Behinderungsfolgen. „... es geht nicht um einen Ausgleich im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen ...“, so das BSG.

Bei Mobilitätshilfen zum mittelbaren Behinderungsausgleich schuldet die Krankenkasse nur ein Hilfsmittel zur Erschließung des Nahbereichs um die Wohnung. Ausgeschlossen sind Hilfsmittel zur sportlichen Fortbewegung oder zur Erweiterung des Aktionsraums.

Daher besteht nach der Rechtsprechung regelmäßig kein Anspruch auf Rollstuhl-Ladeboy, schwenkbaren Autositz, behinde-

rungsgerechten PKW-Umbau, Rollstuhl-Bike, Therapie-Tandem und Therapie-Dreirad, besonders ausgestattete Sportrollstühle (BSG, Urteil vom 18.05.2011 - B 3 KR 10/10 R).

Aber: Die Versorgung mit einem Therapie-dreirad kann beansprucht werden, wenn es zum Zwecke der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung erforderlich ist, und wenn ebenso wirksame, aber wirtschaftlich günstigere Alternativen als das Training mit dem Dreirad nicht zur Verfügung stehen (BSG, 07.10.2010 - B 3 KR 5/10 R).

Ausnahmen: Die Rechtsprechung bejaht ausnahmsweise eine Einstandspflicht der Krankenkasse für Mobilitätshilfen zum mittelbaren Behinderungsausgleich bei Kindern und Jugendlichen dann, wenn dies entweder zum Schulbesuch oder zur Integration in der kindlichen und jugendlichen Entwicklungsphase erforderlich ist, unter anderem Faltrollstuhl für den Schulweg, behinderungsgerecht ausgestatteter PC, alle diejenigen Hilfsmittel, die eine Teilnahme an den allgemein üblichen Freizeitbetätigungen Gleichaltriger ermöglichen sollen, zum Beispiel Rollstuhl-Bike (BSG; Urteil vom 18.05.2011 - B 3 KR 10/10 R).

Tipp: Wenn kein Anspruch auf das Hilfsmittel gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, sollte nicht vergessen werden, einen möglichen Anspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger zu prüfen. Das Bundessozialgericht hat bestätigt, dass Hilfsmittel, die der sozialen Rehabilitation gemäß § 55 Abs. 2 SGB IX dienen, auch als Leistungen der Eingliederungshilfe beansprucht werden können. Als mögliche Leistung der Eingliederungshilfe hat das Bundessozialgericht folgende Hilfsmittel beurteilt: Kosten von Batterien für Hörgeräte, Kosten für einen behindertengerechten Umbau eines PKW, Rollstuhlverladesystem. Allerdings gelten die strengen Einkommens- und Vermögensfreigrenzen der Sozialhilfe.

3. Wann besteht die Möglichkeit der Selbstbeschaffung eines Hilfsmittels mit anschließender Kostenerstattung?

In Ausnahmefällen kann der Versicherte ein Hilfsmittel selbst beschaffen und die Kosten



gegenüber der Krankenkasse geltend machen (§ 13 Abs. 3 SGB V und § 15 Abs. 1 SGB IX). Da das Sachleistungsprinzip gilt, muss zunächst ein Antrag für das Hilfsmittel bei der Krankenkasse gestellt und die Entscheidung abgewartet werden. Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur dann, wenn der Antrag vorher von der Krankenkasse abgelehnt worden ist oder die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (§ 13 Abs. 3 SGB V).

Bei einer Selbstbeschaffung hat die Krankenkasse nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V die Kosten 'in der entstandenen Höhe' zu erstatten, wenn die Leistung notwendig war. Derjenige, der sich die beantragte Leistung selbst beschafft, trägt also somit das Risiko, dass keine Leistungspflicht besteht und, dass die Kosten der Selbstbeschaffung nicht als notwendig anerkannt werden.

Neuregelung zur Selbstbeschaffung durch § 13 Abs. 3a SGB V (Patientenrechtegesetz; in Kraft seit 26.02.2013):

Krankenkassen müssen jetzt über Anträge innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang entscheiden. Sofern ein Gutachten erforderlich ist, haben die Krankenkassen innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrages zu entscheiden, ob die Leistung bewilligt wird. Kann die Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, muss sie den Versicherten rechtzeitig und in schriftlicher Form mit einer 'nachvollziehbare Begründung' informieren. Erfolgt nach Ablauf der Frist keine schriftliche Begründung, gilt der Antrag auf ein Hilfsmittel als bewilligt. Versicherte können sich dann die erforderliche Leistung selbst beschaffen und von der Kasse Kostenersatz verlangen. Eine 'nachvollziehbare Begründung' ist nicht gegeben bei Gründen, die in den Verantwortungsbereich der Krankenkasse fallen wie zum Beispiel Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung. Zu beachten ist allerdings, dass für Leistungen der medizinischen Rehabilitation wie z. B. auch für Hilfsmittel im Rahmen der Kostenerstattung geprüft wird, ob die Leistung wirtschaftlich und erforderlich war. Der Versicherte trägt damit bei einer selbstbe-

schafften Leistung der medizinischen Rehabilitation weiterhin das Risiko, dass diese tatsächlich erstattungsfähig ist.

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, Grundsicherung, Eingliederungshilfe/Sozialhilfe etc.)

1. Die Antragstellung:

Anträge auf Versorgung mit einem Hilfsmittel sind bei der eigenen Krankenkasse zu stellen.

Eine gute Vorbereitung der Antragstellung ist besonders wichtig. Es sollten fachliche und auch rechtliche Informationen über das begehrte Hilfsmittel eingeholt werden. Zur Begründung der zu beantragenden Leistung ist es empfehlenswert, vorab bereits medizinische Gutachten und ärztliche Berichte zu besorgen. Weiter ist es wichtig, seine eigenen Verfahrensrechte zu kennen. So besteht während des gesamten Verfahrens ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Beratung über Rechte und zustehende Leistungen (§ 14 SGB I, § 12 Abs. 1 Nr. 3 und § 22 SGB IX). Es besteht auch ein Anspruch darauf, zu Verhandlungen und Besprechungen mit einer Vertrauensperson (Beistand) zu erscheinen (§ 13 Abs. 4 SGB X).

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 drei bis vier Wochen eine Antwort oder Entscheidung der Krankenkasse erhalten haben, empfiehlt es sich, telefonisch nachzufassen und abzu-

klären, 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 sechs 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 ein bis eineinhalb Jahren (bereits nur für die 1. Instanz) in Anspruch nehmen.

Bei Eilbedürftigkeit besteht die Möglichkeit, im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes den Erlass einer einstweiligen Anordnung – „ERSTE-HILFE“ (nach § 86 b 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

beziehungsweise 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 Erlass 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. Klageverfahren vor den Sozialgerichten können jedoch erfahrungsgemäß einen Zeitraum von deutlich über einem Jahr (bereits nur für die 1. Instanz) in Anspruch nehmen. Im Falle der Eilbedürftigkeit sollte daher wiederum an die Möglichkeit gedacht werden, den Erlass einer einstweiligen Anordnung beim Sozialgericht zu beantragen.

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 vermeintlichen 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!

kontakt

Rechtsanwalt
Jürgen Greß
Fachanwalt für Sozialrecht
Hoffmann & Greß, Rechtsanwälte
Fürstenrieder Straße 281
81377 München
☎ 089/76736070
✉ 089/76736088
info@hoffmann-gress.de
www.hoffmann-gress.de

