

Quelle: Roger Hahn - Vertrauensperson der Menschen mit Behinderung beim Regierungspräsidium Stuttgart, Hauptvertrauensperson, Hauptpersonalrat beim Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg und Vorsitzender der AGSV BW –

● **Kampf um Hilfsmittel**

Hilfsmittel: Anspruch, Antrag, Kosten

Die Krankenkassen zahlen nur wirkliche Hilfsmittel, keine Dienstleistungen. Bei einigen Hilfsmitteln muss der Versicherte einen Teil selbst zahlen. Für Pflegehilfsmittel kommt nicht die Krankenkassen, sondern die Pflegeversicherung auf.

Zu den Hilfsmitteln gehören Rollatoren und Rollstühle ebenso Hörhilfen, Sehhilfen, Körperersatzstücke (etwa Beinprothesen) oder auch Kompressionsstrümpfe und andere Gegenstände, die im Einzelfall medizinisch erforderlich sind. Die Krankenkassen dürfen die Kosten der Hilfsmittel nur übernehmen, wenn diese erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Hilfsmittel sind ausschließlich bewegliche Gegenstände. Das bedeutet, dass weder Dienstleistungen noch behindertengerechte Umbauten von Immobilien, etwa der Einbau eines Treppenlifts, dazugehören.

Bei Gegenständen, die jeder Mensch im täglichen Leben braucht und die gleichzeitig dem Ausgleich einer Behinderung oder der Sicherung der Behandlung dienen – wie zum Beispiel orthopädische Schuhe – wird ein Eigenanteil angerechnet. Dessen Höhe orientiert sich an den Kosten, die Versicherte für einen Gebrauchsgegenstand ohne therapeutischen Nutzen (zum Beispiel normale Straßenschuhe) aufwenden müssten.

Allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (etwa Heizdecke oder Kissen, Haushaltsgeräte) können dem Versicherten zwar im Alltag helfen, werden von der Krankenkasse jedoch nicht bezahlt. Auch Gegenstände, die lediglich einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben (zum Beispiel Wärmflaschen) oder bei denen der Abgabepreis gering ist (zum Beispiel Gummihandschuhe oder Alkoholtupfer zur Desinfizierung der Haut vor einer Insulinspritze), werden nicht von der Krankenkasse übernommen.

Was ist der Unterschied zu Pflegehilfsmitteln?

Bei Pflegehilfsmitteln handelt es sich um Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind. Sie sollen die Pflege erleichtern, dazu beitragen, die Beschwerden zu lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung ermöglichen (beispielsweise Pflegebett, Notrufsystem, Einmalhandschuhe oder Betteinlagen). Sie werden über die Pflegeversicherung gewährt. Voraussetzung ist, dass Pflegebedürftigkeit gegeben ist. Sie benötigen daher einen Pflegegrad.

Welchen Anspruch habe ich?

Im Einzelfall haben Sie ein Recht auf:

- Individuelle Anpassung
- Mehrfache Ausstattung aus hygienischen Gründen (zum Beispiel bei Kompressionsstrümpfen)
- Lieferung von Zubehör
- Übernahme der Betriebskosten (etwa Stromkosten und Haftpflichtversicherung für Elektro- oder Straßenrollstühle).

Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst auch eine eventuell notwendige Änderung oder Anpassung, die Reparatur und die Beschaffung von Ersatz sowie die Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel. Bei lebenswichtigen medizinischen Geräten (etwa elektronischen Infusionspumpen) besteht zudem ein Anspruch auf technische Kontrolle und Wartung, um die Sicherheit der Geräte und damit den Schutz der Versicherten zu gewährleisten.

Damit Ihre Krankenkasse ein Hilfsmittel erstattet, benötigen Sie eine Verordnung (Rezept) Ihres Arztes (immer bei einer Erstversorgung). Er entscheidet, welches Hilfsmittel in Ihrer Situation sinnvoll und erforderlich ist. Anschließend erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse nach Anbietern, mit denen sie Leistungsverträge abgeschlossen hat. Jede Krankenkasse schließt Leistungsverträge, damit ihre Versicherten Hilfsmittel zu vergünstigten Konditionen erhalten. Wenn die Krankenkasse keine Verträge für das Hilfsmittel abgeschlossen hat, kann sie Ihnen dennoch sagen, wo Sie Ihr Hilfsmittel erhalten können.

Hat die Krankenkassen Ihnen einen Anbieter (zum Beispiel Orthopädietechniker oder Sanitätshaus) genannt, lassen Sie sich dort einen Kostenvoranschlag erstellen.

Diesen reichen Sie mit dem Rezept, einem Anschreiben und eventuell einer Stellungnahme bei Ihrem Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse) ein.

Wird die Versorgung mit dem Hilfsmittel abgelehnt, haben Sie ein Widerspruchsrecht.

Was muss ich beim Arztbesuch beachten?

Achten Sie darauf, dass der Arzt die Verordnung möglichst präzise ausfüllt. Aus dem Rezept muss unbedingt die medizinische Notwendigkeit hervorgehen. Der Arzt sollte genau beschreiben, welches Hilfsmittel (ggf. Hilfsmittelnnummer) Sie wofür brauchen. Darüber hinaus sollten die Diagnose, die Anzahl, die Art der Herstellung und ggf. die Mengenzahl für Tage/Monate enthalten sein.

Sollte der Arzt eine Verordnung für ein Hilfsmittel wegen eines begrenzten Kontingents an Verordnungen ablehnen, weisen Sie ihn darauf hin, dass Hilfsmittel nicht im Budget enthalten sind.

Welche Unterlagen benötigt die Krankenkasse von Ihnen?

Neben dem Rezept müssen Sie auch einen Kostenvoranschlag des Sanitätshauses bei Ihrer Krankenkasse einreichen. Es kann hilfreich sein, ein separates Anschreiben an die Krankenkasse zu formulieren, in dem Sie Ihre persönliche Situation aufzeigen und begründen, warum Sie das Hilfsmittel benötigen. Hierin können Sie mitteilen, welche Einschränkungen Sie haben. Ebenfalls können Sie Ihre verbliebenen Fähigkeiten darstellen.

Wo können Sie das Rezept einlösen?

Bei der Übernahme der Kosten für ein Hilfsmittel kommen mehrere Kostenträger in Frage. Je nachdem, für welchen Zweck Sie das Hilfsmittel benötigen, kann neben der Krankenkasse die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Arbeitsagentur, das Jugendamt, die Pflegekasse oder das Sozialamt die Kosten übernehmen.

Fragen Sie Ihre Krankenkasse vorab unbedingt, wo Sie Ihr Hilfsmittel erhalten können, da diese ggf. Verträge mit besonders günstigen Anbietern hat. Sollten Sie einen anderen Leistungsanbieter wählen, mit dem Ihre Krankenkasse keinen Vertrag abgeschlossen hat, müssen Sie die Kosten – zumindest teilweise – selber tragen.

In eigenen Bereichen der Hilfsmittelversorgung schließen Krankenkassen keine Verträge ab. Dann gelten oft sogenannte Festbeträge. Festbeträge sind von den Krankenkassen für bestimmte Hilfsmittel festgelegte Höchstpreise, bis zu denen die Kosten für das Produkt und die notwendigen Dienstleistungen (z.B. Anpassung) übernommen werden.

Wann bewilligt die Krankenkasse das Hilfsmittel?

Die Leistungsanbieter, also die Apotheken, Orthopädietechniker, Optiker und Sanitätshäuser, rechnen unter Vorlage des Rezepts und des Kostenvoranschlags mit der Krankenkasse ab.

Wichtig ist, dass die Krankenkasse jetzt erst entscheidet, ob sie das Hilfsmittel überhaupt gewährt und die Kosten trägt.

Deshalb sollten Sie den Bescheid der Krankenkasse unbedingt abwarten. Falls Sie das Hilfsmittel dennoch vorher kaufen, müssen Sie dieses in der Regel selbst bezahlen.

Die Krankenkasse prüft bei ihrer Entscheidung den Bedarf und die Wirtschaftlichkeit des Hilfsmittels (vgl. §§ 12 und 70 SGB V). Als Grundlage nimmt sie die Verordnung, den Kostenvoranschlag, die Stellungnahme und eventuell weitere Unterlagen als Grundlage. Da sie nur getestete Hilfsmittel gewähren kann, prüft sie zunächst, ob das von Ihnen beantragte Hilfsmittel im Hilfsmittelkatalog des GKV-Spitzenverbands (siehe Anlage dazu) enthalten ist. Sollte das benötigte Hilfsmittel nicht aufgeführt sein, nimmt die Krankenkasse in jedem Einzelfall eine Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung vor. Aus diesem Grund sollten Sie Ihrem Antrag alle Informationen zum Hilfsmittel, die Sie von dem Hilfsmittelhersteller erhalten haben, beifügen.

Die Verordnung, die Stellungnahme und Ihr Antragsschreiben müssen Ihre Situation und das benötigte Hilfsmittel so genau wie möglich beschreiben. Für den Sachbearbeiter dienen die Unterlagen als eine Entscheidungshilfe, da es ihm aufgrund eines solchen Schreibens leichter fällt zu beurteilen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist oder nicht.

Sie haben keinen Anspruch auf neue Hilfsmittel. Die Krankenkasse kann Hilfsmittel auch verleihen. Sie kann auf gebrauchte Produkte zurückgreifen und Ihnen diese nur leihweise zur Verfügung stellen. Bestimmte Hilfsmittel (bspw. Gehhilfen, Standardrollstühle und Inhalationsgeräte) müssen nicht für jeden Patienten speziell hergestellt werden, da sie nicht angepasst werden können. Die leihweise zur Verfügung gestellten Hilfsmittel müssen einwandfrei und generalüberholt sein.

Wie schnell müssen Krankenkassen entscheiden?

Krankenkassen müssen über Anträge auf Leistungen innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang entscheiden. Ist die Stellungnahme eines Gutachters erforderlich, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, so verlängert sich die Frist auf fünf Wochen.

Kann die Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, muss sie Sie rechtzeitig schriftlich mit Begründung informieren. Erhalten Sie nach Ablauf der genannten Frist keine schriftliche Begründung, gilt der Antrag als bewilligt. In diesem Fall können sich die erforderliche Leistung selbst besorgen und der Kasse in Rechnung stellen.

Hinweise zur Rechtslage

§ 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

§ 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch

(1) Soweit ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), rechtswidrig ist, darf er, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Absätze 2 bis 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

§ 96 Sozialgerichtsgesetz

(1) Nach Klageerhebung wird ein neuer Verwaltungsakt nur dann Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt.

Die Versicherten erhalten von den Sanitätshäusern, von Optikern und Orthopädietechnikern, die mit der Krankenkasse Verträge abgeschlossen haben,

medizinisch ausreichende Hilfsmittel. Zumeist handelt es sich um Standardausführungen, für die (außer der gesetzlichen Zuzahlung) keine Eigenleistungen zu zahlen sind. In der Regel reichen diese Modelle (Kassengeräte) aus, um den medizinisch erforderlichen Bedarf zu decken.

Die Kassen geben – nach Postleitzahlen gegliederte – Übersichten der Anbieter von Hilfsmitteln heraus oder stellen diese ins Internet. Wichtig ist, dass Sie sich bei Ihrer Krankenkasse vor dem Kauf erkundigen, welche Vertragspartner die Krankenkasse hat. Wer sich ein Hilfsmittel bei einem Anbieter besorgt, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, erhält nur eine Erstattung in Höhe des Preises, den die Krankenkasse mit ihren Vertragspartnern vereinbart hat. Den Restbetrag müssen Sie selber bezahlen.

Wie gehe ich mit einer Mehrkostenerklärung um?

Falls Sie für ein Hilfsmittel einen eigenen Beitrag leisten müssen – zusätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung –, wird Ihnen das Sanitätshaus eine sogenannte "Mehrkostenerklärung des Versicherten" vorlegen, die sie unterschreiben sollen. Darin bestätigen Sie, dass Sie über die Eigenleistung informiert wurden und in dieser Höhe keinen Erstattungsantrag gegenüber der Krankenkasse stellen.

Sie sollten sich nicht zur Wahl eines Geräts mit hohem Eigenanteil drängen lassen. Probieren Sie auf jeden Fall erst die sogenannten "Kassengeräte" aus. Bietet Ihnen das Sanitätshaus kein Modell an, das Ihren medizinischen Bedarf ohne eigene Zahlung abdeckt, sollten Sie umgehend Kontakt mit der Krankenkasse aufnehmen.

Tipp

Der Anbieter ist verpflichtet, Ihnen ein Gerät anzubieten, für das Sie keinen Cent bezahlen müssen. Sie sollten immer nach solchen „Kassengeräten“ fragen und diese testen. Wählen Sie eine teurere Ausstattung, müssen Sie die Mehrkosten selbst zahlen. Diese fallen auch an, wenn die Belastungsgrenze für Zuzahlungen bereits erreicht ist und eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen durch die Kasse vorliegt.

Sollte ein höherwertiges Hilfsmittel im Einzelfall medizinisch erforderlich sein, muss die Krankenkasse auf Antrag entsprechend höhere Kosten übernehmen.

Obwohl Sie hierbei auch unterschreiben, dass Sie die Mehrkosten selbst tragen, sollten Sie bei medizinischer Notwendigkeit in jedem Fall einen Antrag bei der Krankenkasse stellen. Wünschen Sie sich allerdings aus optischen Gründen ein anderes Hilfsmittel (zum Beispiel ein schöneres oder buntes Hörgerät), müssen Sie für die Mehrkosten selbst aufkommen.

Wann muss ich die Kosten alleine tragen?

Wer vollendete Tatsachen schafft und Hilfsmittel vor Antragstellung und Entscheidung der Krankenkasse anschafft, muss die Kosten in der Regel selber tragen. Von einer Beschaffung des Hilfsmittels vor Genehmigung durch die Krankenkasse ist daher dringend abzuraten, es sei denn, der Erwerb ist so dringend, dass eine vorherige Kontaktaufnahme mit dem Kostenträger nicht möglich ist. In solch einer Ausnahmesituation kommt eine Kostenübernahme in Betracht, weil die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Bis geklärt ist, ob die Krankenkasse den Antrag zu Recht abgelehnt hat, kann einige Zeit vergehen. Nach einem langwierigen Widerspruchsverfahren kann ein noch längeres Klageverfahren drohen. Es wird dennoch empfohlen, das benötigte Hilfsmittel nicht selber zu kaufen, auch wenn Sie davon ausgehen, dass die

Entscheidung der Krankenkasse falsch war. Sie haben nämlich nur dann einen Anspruch auf Kostenerstattung, wenn letztendlich geklärt ist, dass die Krankenkasse den Antrag zu Unrecht abgelehnt hat. Sollte dagegen die Ablehnung richtig gewesen sein, bleiben Sie auf den Kosten sitzen.

Was muss ich bei einem Widerspruch bzw. einer Klage beachten?

Die Krankenkasse teilt ihre Entscheidung durch einen Bescheid mit. Nicht jeder Antrag wird von der Krankenkasse auch bewilligt. Sollten Sie sich gegen einen ablehnenden Bescheid wehren wollen, so müssen Sie bei der Krankenkasse schriftlich Widerspruch einlegen. Hierfür haben Sie einen Monat nach Zugang des Bescheides Zeit. Sie sollten sich nicht scheuen, der Entscheidung zu widersprechen, wenn Sie die Ablehnungsgründe nicht verstehen.

Den Widerspruch müssen Sie nicht begründen. Es ist jedoch dringend zu empfehlen, die Notwendigkeit des Hilfsmittels anhand der persönlichen Situation darzustellen und sich von einem Arzt bescheinigen zu lassen.

Aufgrund dieses Widerspruchs wird ein zweiter Bescheid der Krankenkasse ergehen. Die Krankenkasse hat die Möglichkeit, die Leistung durch einen Abhilfebescheid doch noch zu bewilligen oder aber erneut abzulehnen. Diesen zweiten ablehnenden Bescheid nennt man Widerspruchsbescheid. Damit gewährt die Krankenkasse entweder nachträglich den Antrag auf das Hilfsmittel oder lehnt ihn erneut ab. Wenn über Ihren Widerspruch nicht innerhalb von drei Monaten entschieden und kein Widerspruchsbescheid erlassen wird, können Sie ebenfalls eine Klage einreichen (eine so genannte Untätigkeitsklage).

Privatpatienten müssen kein förmliches Widerspruchsverfahren durchlaufen, sondern können innerhalb von drei Jahren nach der ablehnenden Entscheidung Klage vor den Zivilgerichten erheben. Es ist häufig jedoch sinnvoll, der privaten Pflegeversicherung ähnlich wie bei einem Widerspruch nochmals seinen Standpunkt zu erläutern und durch ärztliche Bescheinigungen usw. zu begründen, weil auch die privaten Krankenversicherungen ihre Entscheidung meist selbst noch einmal überprüfen.

Bis zur Klärung der Frage, ob die Krankenkasse den Antrag zu Recht abgelehnt hat, kann einige Zeit vergehen.

Es wird empfohlen, sowohl den Widerspruch als auch die Klage entweder per Einschreiben mit Rückschein oder per Telefax an die Krankenkasse beziehungsweise das Gericht zu senden. Dadurch können Sie nachweisen, dass der Widerspruch bzw. die Klage innerhalb der Frist eingegangen ist. Sie können Ihre Klage/Ihren Widerspruch auch persönlich unter Zeugen bei Gericht abgeben.

Die Klageverfahren sind für die Betroffenen in der Regel kostenlos (gerichtskostenfrei). Wenn Sie einen Anwalt beauftragen, können Anwaltskosten anfallen. Hierfür gibt es die Möglichkeit, Prozesskostenhilfe zu beantragen. Das Gericht prüft nach der Stellung eines solchen Antrags, ob die Voraussetzungen vorliegen.

Wo bekomme ich weitere Hilfestellungen?

Falls Sie bei einer Klage Hilfe benötigen, können Sie sich auch an die Rechtsberatung des Sozialverband VdK wenden. Der Vorteil ist, dass ein Anwalt meist zu einem Widerspruchs- und/oder Klageverfahren rät – er verdient nämlich immer. Bei der Rechtsberatung des Sozialverband VdK (diese hat kein

Gewinnerzielungsinteresse) wird i.d.R. nur zu dann zu einem Verfahren geraten, wenn eine reelle Chance auf Abhilfe besteht.

