

## UK-Hilfsmittelversorgung als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

von Dipl. Ing. Norbert Kamps

### Gesetzlicher Rahmen

Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln kann sich, je nach individueller Situation, an unterschiedliche Kostenträger richten. Grundsätzliche Regelungen dazu finden sich im *neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX)*. Für den hier vornehmlich relevanten Bereich der GKV präzisiert das *fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V)* die Rechtsvorschriften. Weitere relevante Regelungen und Empfehlungen finden sich in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erstellten *Hilfsmittelrichtlinie* und in dem *Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V*.

Die Krankenversicherung (GKV) hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 SGB V). Dazu erhalten die Versicherten unterschiedlichste Sach- und Dienstleistungen, so auch Hilfsmittel. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dabei dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 SGB V). Das SGB V schreibt in § 12 SGB V aber auch vor, dass GKV, Versicherte und Leistungserbringer darauf zu achten haben, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Zu den Leistungen der GKV gehören neben der „Krankenbehandlung“ auch „*medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation*, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden“ (§§ 11, 23, 27 SGB V). Im Bereich der Unterstützten Kommunikation ist grundsätzlich die Rehabilitation über den *Behinderungsausgleich* relevant.

Durch zahlreiche Vorschriften gestaltet sich die praktische Umsetzung der Hilfsmittelversorgung oft als kompliziert und schwierig. Entsprechend kommt es nicht selten zu Unter- und Überversorgungen. Dies ist auch deshalb häufig der Fall, weil unterschiedlichste Professionen am Versorgungsprozess beteiligt sind. Beratung, Auswahl, Verordnung, konkrete Anpassung, Leistungsprüfung und -entscheidung, Einweisung, Betreuung, Evaluation und letztendlich auch die Rücknahme werden von Berufsgruppen wahrgenommen, die unterschiedlicher oftmals nicht sein könnten: Mediziner, Pflegekräfte, Therapeuten, Pädagogen, Techniker oder Verwaltungsfachkräfte. Allen gemeinsam ist eigentlich nur, dass sie ihr jeweiliges „Handwerk“ nicht hilfsmittelspezifisch erlernt haben. Erst in letzter Zeit etablieren sich nach und nach spezielle Hilfsmittelspezialisten die alle Fachbereiche überblicken und zwischen den beteiligten Professionen und Institutionen in Form eines Case Managements (vgl. Kamps 2012) vermitteln können, siehe z. B. im Internet unter [www.hilfsmittel-experte.de](http://www.hilfsmittel-experte.de).

### Begriffsdefinitionen zu § 33 SGB V

Die in den Rechtsnormen doch eher abstrakt formulierten Ansprüche führen dazu, dass in zahlreichen Rechtsstreitigkeiten um die jeweilige Auslegung gerungen wurde – und auch immer noch wird – und sich die Begriffsdefinitionen erst aus der Rechtsprechung entwickelt haben.

#### Leistungsanspruch, Versorgungsziel, Versorgungsalternativen

Für den Leistungsbereich der Hilfsmittel der GKV spezifiziert § 33 SGB V den *Leistungsanspruch* der Versicherten dergestalt, dass sie im Einzelfall Anspruch auf eine Versorgung mit

- Hörhilfen,
- Körperersatzstücken,
- orthopädischen Hilfsmitteln
- den so genannten „anderen Hilfsmitteln“ und eingeschränkt

bestimmten Sehhilfen haben, wenn die Sicherung des Erfolgs als *Versorgungsziel* eine der drei *Versorgungsalternativen* darstellt:

- eine Krankenbehandlung oder
- die Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder
- der Ausgleich einer Behinderung.

### **Hilfsmittel**

Die wenigen im § 33 SGB V konkret genannten Hilfsmittelarten reichen verständlicherweise nicht aus, eine umfassende Hilfsmittelversorgung der Versicherten sicherzustellen. Diesem Umstand wird durch den Gesetzgeber Rechnung getragen, indem er den Begriff „*Andere Hilfsmittel*“ eingeführt hat. Hiermit sind all jene Hilfsmittel erfasst, die nicht aufgeführt sind, aber im Einzelfall benötigt werden, um die Versorgungsziele des § 33 SGB V zu erreichen. Hilfsmittel zur Unterstützten Kommunikation sind stets dieser Hilfsmittelart zuzuordnen.

Als Hilfsmittel gelten zunächst *technische Produkte*, die von den *Anwendern selbstständig genutzt* werden. § 31 Abs. 1 SGB IX definiert weiter: „Hilfsmittel sind alle ärztlich verordneten Sachen, die den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden mildern oder ausgleichen.“ Der Begriff Hilfsmittel ist damit aber nicht abschließend definiert. Vielmehr haben die Sozialgerichte in zahlreichen Urteilen einen Entscheidungsrahmen festgelegt und dadurch erst den Begriff des Hilfsmittels geprägt.

Danach sind Hilfsmittel *sachliche Produkte* und können von den Leistungsempfängern *getragen oder mitgeführt oder* bei einem Wohnungswechsel *mitgenommen* werden. Hilfsmittel sind bauart- bzw. konstruktionsbedingt auf die *Anwendung durch den Versicherten selbst oder einer Betreuungsperson* ausgelegt und werden im *allgemeinen Lebensbereich* der Versicherten genutzt.

Als ein wesentliches Kriterium der Hilfsmittelleigenschaft gilt, dass der *behinderte Mensch an die Erfordernisse seines Umfelds angepasst wird*, nicht aber das Umfeld an die Bedürfnisse des behinderten Menschen.

Auch sind Hilfsmittel oft, jedoch nicht regelhaft, *Medizinprodukte*.

Der Begriff des Hilfsmittels beinhaltet zudem nicht nur das eigentliche Produkt, sondern auch die zur Abgabe und zum sicheren und erfolgreichen Betrieb erforderlichen *Dienstleistungen* wie Anpassung, Einweisung, Schulung oder technische Kontrollen und Wartungen.

§ 33 SGB V schließt aus, dass *Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens* zu Lasten der GKV als Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Zur Ermittlung des Vorliegens der Eigenschaft eines Hilfsmittels ist gemäß Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG; Urteil B3 KR 1/99 R vom 16.09.1999) allein auf die Zweckbestimmung des Gegenstands abzustellen, die einerseits aus der Sicht der Hersteller, andererseits aus der Sicht der tatsächlichen Benutzer zu bestimmen ist: Geräte, die für die speziellen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt sowie hergestellt worden sind und die ausschließlich oder ganz überwiegend auch von diesem Personenkreis benutzt werden, sind nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen; das gilt selbst dann, wenn sie millionenfach verbreitet sind (z. B. Brillen oder Hörgeräte).

Umgekehrt ist ein Gegenstand auch trotz geringer Verbreitung in der Bevölkerung und trotz hohen Verkaufspreises als allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens einzustufen, wenn er schon von der Konzeption her nicht vorwiegend für Kranke und Behinderte gedacht ist und auch von Gesunden genutzt wird. Die Einordnung als allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens hängt davon ab, ob ein Gegenstand bereits seiner Konzeption nach den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen bzw. vorbeugen soll oder – falls dies nicht so ist – den Bedürfnissen erkrankter oder behinderter Menschen jedenfalls besonders entgegenkommt und von gesunden, körperlich nicht beeinträchtigten Menschen praktisch nicht genutzt wird. Was regelmäßig auch von Gesunden benutzt wird, fällt nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Nicht ausschlaggebend ist, ob der Gegenstand aus Vermarktungsgründen als „medizinisches Hilfsmittel“ oder „Medizinprodukt“ beworben oder vermarktet wird.

## Versorgung im Einzelfall

Eine Hilfsmittelversorgung hat immer den individuellen Einzelfall zu berücksichtigen. Pauschale Ausstattung auf Basis von Leistungskatalogen oder -verzeichnissen (auch nicht dem Hilfsmittelverzeichnis!) ist nicht zulässig.

Es müssen immer alle Umstände des Einzelfalls, die so genannten *Kontextfaktoren*, bewertet und zum Leistungsentscheid berücksichtigt werden. Regelmäßig sind dies mindestens:

- persönliche Umstände wie Alter, körperliche Konstitution, Mobilität, geistige Aktivität
- vorliegende Krankheiten und Behinderungen
- der persönliche Hilfebedarf bei den jeweiligen Tätigkeiten, die angestrebte Teilhabe oder das jeweilige Therapieziel
- soziale Umstände, etwa die Schul- oder Wohnsituation und die Sozialisierung

Je nach Fallsituation und angestrebten Ziel der Versorgung können noch andere Faktoren dazu kommen.

Grundsätzlich dient eine Versorgung mit Hilfsmitteln, wie schon benannt, mindestens einem der folgenden Ziele: Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung, Vorbeugung einer drohenden Behinderung, Ausgleich einer Behinderung. Je nach Ziel – oder besser Alternativen – der Versorgung variiert aber der Anspruch des Versicherten.

## Versorgungsalternativen gemäß § 33 SGB V

### **Erste Alternative: Krankenbehandlung**

Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung unterstützen oder ermöglichen erst die ärztlich verordnete Therapie. Typische Hilfsmittel sind etwa technische Produkte zur Ernährungs- oder Beatmungstherapie. Es wird das Ziel verfolgt, die Gesundheit soweit wie möglich wieder herzustellen bzw. das Leiden, beispielsweise im Rahmen der Schmerztherapie, weitestgehend zu lindern (*restitutio ad integrum*). Hilfsmittel zur Krankenbehandlung werden auch als therapeutische Hilfsmittel bezeichnet und sind stets Bestandteil eines ärztlich verantworteten Behandlungskonzepts zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten und deren Folgen. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Unterstützung Kommunikation ist die erste Versorgungsalternative nicht relevant.

### **Zweite Alternative: Vorbeugung einer drohenden Behinderung**

Oftmals verwechselt mit der Prophylaxe einer Krankheit – diese zählt zur ersten Versorgungsalternative – wird die zweite Alternative, die Vorbeugung einer drohenden Behinderung. Hier ist das Stadium der Behinderung noch nicht erreicht, würde aber ohne weitere hilfsmittelgestützte Maßnahmen in absehbarer Zeit eintreten. Wie bei der Prophylaxe einer Krankheit muss aber auch hier die Behinderung nicht nur allgemein, sondern konkret und unmittelbar drohen. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Unterstützung Kommunikation ist die zweite Versorgungsalternative in der Regel nicht relevant.

### **Dritte Alternative: Vorbeugung einer Behinderung**

Auch der Ausgleich einer manifesten Behinderung fällt als dritte Versorgungsalternative in die Leistungspflicht der GKV. Ziel ist es etwa, dem Behinderten wieder eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und eine selbstständige und unabhängige Lebensführung zu ermöglichen. Oftmals lässt sich aber ein kompletter Ausgleich der Behinderung nicht erreichen und es kann nur versucht werden, ein Optimum zu erzielen (*restitutio ad optimum*). Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich stellen beispielsweise Prothesen, Rollstühle, Hörgeräte, Sitz-, Geh- und Stehhilfen, Blindenhilfen und auch Kommunikationshilfsmittel dar. Allerdings wird der Leistungsrahmen und damit der „Umfang des Optimums“ durch die Rechtsprechung zum mittelbaren und unmittelbaren Behinderungsausgleich z. T. stark eingeschränkt. Bei den behinderungsausgleichenden Produkten ist, um den Leistungsumfang zu bestimmen, zu unterscheiden, ob ein unmittelbarer oder ein mittelbarer Behinderungsausgleich vorliegt.

## Unmittelbarer und mittelbarer Behinderungsausgleich

### **Unmittelbar wirkende Hilfsmittel**

Unmittelbar wirkende Hilfsmittel ersetzen oder unterstützen direkt und ohne Umwege die verlorengangene bzw. eingeschränkte Körperfunktion. Typische Produkte sind etwa Arm- und Beinprothesen oder Hörhilfen. Durch den Einsatz des Hilfsmittels wird die verlorengangene Körperfunktion (hier etwa das Gehen oder Hören) sofort und unmittelbar ermöglicht, es steht der direkte Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion im Vordergrund.

Bei diesem unmittelbaren Behinderungsausgleich gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Dabei kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten und unmittelbar wirkenden 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 nicht behinderten Menschen erreicht ist.

### **Mittelbar wirkende Hilfsmittel**

Mittelbar wirkende Hilfsmittel sind Produkte, die eine Funktion nur indirekt ersetzen bzw. unterstützen, beispielsweise Rollstühle. Sie „ersetzen“ hier nicht die verlorengangene Fähigkeit des Gehens sondern lindern die Folgen der Funktionsstörung „Nicht-mehr-Gehen-können“ in dem sie dem Behinderten wieder mobil machen, d. h. sie wirken nur mittelbar.

Auch Kommunikationshilfsmittel gelten i. d. R. als mittelbare Hilfsmittel. In diesem Rahmen ist die GKV allerdings im Gegensatz zu den unmittelbaren Hilfsmitteln nur für den Basisausgleich der Folgen der Behinderung eintrittspflichtig. Es geht dabei nicht um einen Ausgleich im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen. Die Aufgabe der GKV ist in allen Fällen allein die medizinische Rehabilitation (vgl. § 1 SGB V sowie § 6 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 5 Nr. 1 und 3 SGB IX), also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation ist hingegen gemäß SGB IX Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme, etwa der Eingliederungshilfe.

Ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich ist von der GKV daher nur zu gewähren, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft.

## Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG zählen derzeit zu den *allgemeinen Grundbedürfnissen* des täglichen Lebens

- das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen,
- das Sehen und Hören,
- die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden,
- das An- und Auskleiden, die elementare Körperpflege,
- das selbstständige Wohnen sowie
- das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums.

Zum Grundbedürfnis der Erschließung eines *geistigen Freiraums* gehört unter anderem

- die Aufnahme von Informationen, wie etwa das Lesen,
- die Kommunikation mit anderen Menschen zur Vermeidung von Vereinsamung sowie
- das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens bzw. eines grundlegenden Schulwissens.

Zum *körperlichen Freiraum* gehört, im Sinne eines Basisausgleichs der eingeschränkten Bewegungsfreiheit,

- die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und
- die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang „an die frische Luft zu kommen“ oder um

- die, üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden, Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind, etwa Supermarkt, Arzt, Apotheke, Geldinstitut, Post, nicht aber die Bewegung außerhalb dieses Nahbereichs.

Nicht zu den Grundbedürfnissen zählen Freizeitbeschäftigungen oder die Berufstätigkeit, so dass durch die GKV hierfür keine Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden dürfen; Nachteile im privaten, gesellschaftlichen oder beruflichen Bereich auszugleichen, gehört nicht zu den Aufgaben der GKV.

Kommunikationshilfsmittel werden daher von der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann gewährt,

- wenn sie der Kommunikation mit anderen Menschen zur *Vermeidung von Vereinsamung* dienen oder
- im Rahmen der *selbständigen Lebensführung* benötigt werden.
- Zudem besteht eine Leistungspflicht bei Kindern und Jugendlichen zum Erlernen eines *lebensnotwendigen Grund- und Schulwissens*.

## Erwerb eines grundlegenden Schulwissens

In welchem Umfang die GKV verpflichtet ist, Hilfsmittel zur Erlangung eines Schulwissens zur Verfügung zu stellen, war über einen langen Zeitraum nicht eindeutig geklärt. Erst mit Urteil des BSG vom 22.07.2004 unter dem Aktenzeichen B3 KR 13/03 R, präzisiert mit Urteil vom 03.11.2011, Aktenzeichen B3 KR 7/11 R wurde eine Klarstellung erreicht.

### **Beschulung im Rahmen der Schulpflicht**

Benötigt ein Schüler oder eine Schülerin auf Grund einer Krankheit oder Behinderung ein – von der Schule nicht vorzuhaltendes – Hilfsmittel, um am Unterricht in der Schule teilzunehmen bzw. die Hausaufgaben erledigen bzw. generell Lernen zu können, hat die Krankenkasse diese Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen.

In der Regel ist bei der inklusiven oder integrativen Beschulung ein Hilfsmittel von der Schule nicht vorzuhalten. Handelt es sich jedoch um eine spezielle Schule, etwa eine Einrichtung für Körperbehinderte, müssen die Hilfsmittel unter Umständen vom Schulträger gestellt werden. Ihrem Auftrag gemäß muss dann die Schule alle Hilfsmittel vorrätig halten, die von der Allgemeinheit der Schüler genutzt werden, und nicht speziell für einen Schüler sind. Im letzteren Fall kann auch in besonderen Einrichtungen eine Leistungspflicht der Krankenkasse vorliegen. So sind spezielle, nur für den einen Versicherten nutzbare Produkte, z. B. eine Kommunikationshilfe mit individuellem Wortschatz, als Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V anzusehen.

Diese Leistungspflicht wird immer dann gesehen, soweit es sich um einen Schulbesuch *im Rahmen der Schulpflicht* handelt. Gemäß Aussage des BSG ist die Schulpflicht aber nur als Grundbedürfnis anzusehen, soweit es um die Vermittlung von grundlegenden schulischen Allgemeinwissen an Schüler im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht oder der Sonderschulpflicht geht. Die Richter gehen dabei davon aus, dass dieses Grundwissen in Gymnasien in neun und ansonsten in zehn Jahren (am Erreichen des Hauptschulabschlusses orientierte Dauer der allgemeinen Schulpflicht) bzw. an bestimmten Förderschulen in elf Jahren vermittelt wird und erlernbar ist.

Darüber hinausgehende Bildungsziele darf die Krankenkasse nicht mehr fördern. Das ist vielmehr Aufgabe anderer Leistungsträger, wie z. B. der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII und umfasst insbesondere Hilfen zum Besuch weiterführender Schulen, zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule oder zur späteren, berufsbegleitenden Weiterbildung (zweiter Bildungsweg, Abendschule, Volkshochschule).

### **Bildung und Erziehung zum Erreichen der Schulfähigkeit**

Anders ist es jedoch bei Einrichtungen der *vorschulischen Bildung und Erziehung*, etwa in Kindertageseinrichtungen bzw. – bei Ganztagesbetreuung – Kindertagesstätten (Kita), die von Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren besucht werden. Sofern diese Einrichtungen darauf abzielen, das Erreichen der Schulfähigkeit und damit eine Grundvoraussetzung für den Erwerb einer elementaren Schulausbil-

zung zu erreichen, wird ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens befriedigt, so dass eine Leistungspflicht der GKV für Hilfsmittel besteht.

## Wirtschaftlichkeitsgebot

Gemäß § 12 SGB V besteht für die Leistungen der GKV stets die Erfordernis, dass diese *ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich* sein müssen. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Damit besteht für alle Hilfsmittel Anspruch auf die im Einzelfall ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung, nicht jedoch auf eine Optimalversorgung. Es kann kein Anspruch auf ein teureres Hilfsmittel, soweit eine kostengünstigere Versorgung für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell in gleicher Weise geeignet ist, geltend gemacht werden. Andernfalls sind die Mehrkosten gemäß § 33 SGB V von den Versicherten selbst zu tragen. Demgemäß haben die Krankenkassen beispielsweise nicht für solche „Innovationen“ aufzukommen, die keine wesentlichen Gebrauchsvorteile für den Versicherten bewirken, sondern sich auf einen bloß besseren Komfort im Gebrauch oder eine bessere Optik beschränken oder deren medizinischer Nutzen als therapeutisches Produkt nicht eindeutig belegt ist. In der Folge wird also die Kasse stets bei einer Hilfsmittelverordnung prüfen, ob nicht eine wirtschaftlichere Versorgung mit einem gleichwertigen Produkt möglich ist. Wenn allerdings im Einzelfall mit spezifischer Begründung durch den Verordner ein spezielles Hilfsmittel erforderlich ist, kann das verordnete Produkt nicht ohne weiteres durch ein anderes Produkt ersetzt werden.

Gemäß ständiger Rechtsprechung des BSG hat die Krankenkasse für jede Verbesserung einzustehen, die einen wesentlichen Gebrauchsvorteil im Rahmen der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens gegenüber einer eventuellen kostengünstigeren Alternative bietet. Wenn allerdings einer geringfügigen Verbesserung des Gebrauchsnutzens ein als unverhältnismäßig einzuschätzender Mehraufwand gegenübersteht, wäre das Produkt unwirtschaftlich.

### *Beispiel:*

Verordnet ein Arzt ein Kommunikationsgerät A der Firma B ohne nähere Angaben zur Anwendung, wird die Kasse das wirtschaftlichste Gerät, z. B. Gerät Z der Firma Y aus dem kasseneigenen Gerätepool abgeben. Begründet der Arzt aber auf der Verordnung, dass aufgrund der verwendeten und vom Kind beherrschten Symbolsprache nur das Gerät A der Firma B möglich ist, muss das verordnete Gerät an den Versicherten geliefert werden, auch wenn andere Geräte (hier Z der Firma Y) gegebenenfalls kostengünstiger wären. Allenfalls kann die Kasse jetzt noch den günstigsten Lieferanten des Gerätes A suchen.

## Hilfsmittel-Richtlinie und Hilfsmittelverzeichnis

### **Hilfsmittel-Richtlinie**

In der *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL)*, wird näher definiert, welche Rahmenbedingungen bei der Hilfsmittelverordnung einzuhalten sind. Die jeweils aktuelle Fassung der Hilfsmittel-Richtlinie kann im Internet unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) abgerufen werden.

Die Richtlinie dient der Sicherung einer, nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln und präzisiert die Vorgaben des Gesetzgebers.

Sie ist gemäß § 91 Abs. 9 SGB V i. V. m. § 1 Abs. 2 HilfsM-RL für die Versicherten, die Krankenkassen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen und alle sonstigen Leistungserbringer wie z. B. Hilfsmittellieferanten verbindlich.

Die HilfsM-RL umfasst drei Teile: Der Teil „A. Allgemeines“ gilt für alle Hilfsmittelversorgungen und damit auch für UK-Hilfsmittel. Die Teile B und C betreffen ausschließlich die Versorgung mit Seh- und Hörhilfen.

- Gemäß Richtlinie treffen die Vertragsärzte die Verordnung von Hilfsmitteln nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch das Gesetz und der Richtlinie bestimmten Rahmens.
- Zuvor muss sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Versicherten überzeugen und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informieren oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sein.
- Auch sollen die Vertragsärzte vor der Verordnung von Hilfsmitteln unter anderem prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel durch andere Maßnahmen erreicht werden kann.
- Laut § 6 Abs. 5 HilfsM-RL ist nach Feststellung der Notwendigkeit bei der Versorgung von gleichartig wirkenden Hilfsmitteln das im Rahmen der Indikationsstellung nach Art und Umfang dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechende zu verordnen.

### **Hilfsmittelverzeichnis**

Das *Hilfsmittelverzeichnis* gemäß § 139 SGB V soll dabei als Orientierungs- und Auslegungshilfe einen für Vergleichszwecke geeigneten Überblick bieten, hat aber keinerlei bindende Wirkung. Obwohl die rechtliche Basis für das Hilfsmittelverzeichnis in § 139 SGB V angesiedelt ist, stellt es keine abschließende und verbindliche Positivliste dar.

Deutlich wird dies unter anderem aus der seit 2007 gültigen Formulierung des § 139 Abs. 1 SGB V, heißt es doch dort: „... in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen sind.“ und nicht, wie bis 2007: „... in dem **die** von der Leistungspflicht umfassten Hilfsmittel aufzuführen sind.“ Auch wird dem Hilfsmittelverzeichnis von Seiten der Sozialgerichtsbarkeit der Status einer unverbindlichen Auslegungs- und Orientierungshilfe zugewiesen. Das Hilfsmittelverzeichnis beinhaltet zwar Aussagen zum möglichen Nutzen eines Hilfsmittels, jedoch nicht dazu, ob ein Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich (notwendig) ist.

Wie das BSG in ständiger Rechtsprechung (z. B. B3 KR 8/07 R v. 10.04.2008) festgestellt hat, steht dem GKV-Spitzenverband als Verantwortlicher für das Hilfsmittelverzeichnis keine gesetzliche Ermächtigung zu, den Leistungsanspruch der Versicherten durch das Verzeichnis einzuschränken. Auch Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind, können somit eine Leistungspflicht nach § 33 SGB V auslösen.

Zudem ist es gerade für UK-Hilfsmittel nicht aktuell, da es in diesem Produktbereich (Produktgruppen 02 - Adaptionshilfen inkl. Umfeldkontrolle und 16 - Kommunikationshilfen) seit ca. 1997 nicht angepasst und fortgeschrieben wurde (Stand Juli 2014). Leistungsrechtliche Aussagen oder auch Verordnungen auf Basis des Hilfsmittelverzeichnisses sind daher derzeit für vorgenannte Produktgruppen nicht möglich, das Verzeichnis praktisch wertlos und das Verzeichnis entspricht demnach nicht dem gemäß § 2 SGB V geforderten „Stand der medizinischen Erkenntnisse“.

### **Pauschale und spezifische Verordnung von Hilfsmitteln**

In der Verordnung ist das Hilfsmittel daher so eindeutig wie möglich zu bezeichnen. Ferner sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Deshalb soll, so die Hilfsmittel-Richtlinie, unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere angegeben werden:

- die Bezeichnung des Hilfsmittels (wenn möglich – aber nicht erforderlich – nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses),
- die Anzahl und
- gegebenenfalls Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Leistungsanforderung), die eine funktionsgerechte Abgabe durch den Lieferanten gewährleisten.
- Soweit sinnvoll und erforderlich sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

Bei der Verordnung eines Hilfsmittels könnte, wenn das Hilfsmittelverzeichnis aktuell wäre, im Rahmen einer *pauschalen Verordnung* entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt oder die siebenstellige Positionsnummer der Produktart angegeben werden.

Aber auch eine *spezifische Verordnung* eines einzelnen Produkts ist gemäß HilfsM-RL möglich, wenn dies in der Sache durch den Verordner begründet wird. Hält es also der Verordner für erforderlich, ein ganz spezielles UK-Hilfsmittel mit besonderen Eigenschaften und Funktionen einzusetzen um den ausreichenden und notwendigen Behinderungsausgleich zu erzielen, so bleibt es ihm freigestellt, in diesen Fällen eine spezifische und begründete Einzelproduktverordnung, z. B. bezeichnet durch die zehnstellige Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses, durchzuführen.

Auf gleichem Wege ist auch die Verordnung von nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Hilfsmitteln, d. h. Produkte ohne Positionsnummer, möglich. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Hilfsmitteln bedürfen damit immer einer erneuten Unterschrift des Verordners mit Datumsangabe, so dass auch Krankenkasse oder MDK nicht die Verordnung abändern oder auslegen dürfen. Auch eine Krankenkasse kann die spezifische und begründete Einzelverordnung nur mit Begründung anzweifeln und muss ansonsten dem Vorschlag des Arztes folgen.

Sofern aber der verordnende Arzt nur eine Produktart ohne spezifisches Einzelprodukt benennt, hat die Krankenkasse die Möglichkeit der Auswahl. So soll der Leistungserbringer dann nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge das wirtschaftlichste Produkt auswählen.

Die Hilfsmittel-Richtlinie berücksichtigt damit noch nicht die aktuelle Anpassung des § 33 SGB V welche durch *Artikel 3 des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG)* seit dem 30.10.2012 gültig ist. Danach ist eine vertragsärztliche Verordnung für die Beantragung von Hilfsmitteln nur dann erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Dies ist aber regelmäßig nur für Hilfsmittel zur Krankenbehandlung oder zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung erforderlich. Zwar können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung auch in allen andern Fällen als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, verzichten aber dann aktiv auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung (vgl. § 33 Abs. 5a SGB V). Wann sich diese Änderungen in der Hilfsmittel-Richtlinie niederschlagen, ist derzeit (Stand Juni 2014) noch nicht absehbar.

Zur Prüfung der Umstände der Notwendigkeit der Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) darf gemäß Hilfsmittel-Richtlinie nicht allein die Diagnose herangezogen werden. Vielmehr sind unter Gesamtbetrachtung

- der funktionellen/strukturellen Schädigungen,
- der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und
- er noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik

auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen folgende Aspekte einer Hilfsmittelversorgung zu ermitteln:

- der Bedarf,
- die Fähigkeit zur Nutzung,
- die Prognose und
- das Ziel.

Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel nach § 3 Abs. 1 HilfsM-RL zu berücksichtigen.

Dies geschieht auf Basis der sogenannten ICF, der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)“ der Weltgesundheitsorganisation.

## Ergänzender Leistungsumfang

Eine Hilfsmittelversorgung besteht regelhaft nicht nur aus der Bereitstellung des benötigten Produkts. Häufig werden zusätzliche Leistungen oder Produkte erforderlich sein, um eine Versorgung auch in ausreichender und notwendiger Qualität sicher zu stellen.

### Einfache und mehrfache Ausstattung

In direkter Konsequenz aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) in Verbindung mit § 33 SGB V umfasst die Versorgung mit Hilfsmitteln zunächst nur die Grundausstattung in einfacher Stückzahl. Ausnahmen sind aber definiert aus Gründen der *Hygiene, Sicherheit* und der *Beanspruchung*. Denkbar wäre auch eine Mehrfachausstattung wenn das Hilfsmittel an *verschiedenen Orten* eingesetzt werden muss (beispielsweise in der Schule und in der Häuslichkeit) aber nicht zwischen diesen Orten transportiert werden kann (z. B. ein Therapiestuhl).

### Anpass- und Änderungsleistungen

Bestimmte Hilfsmittel können nur dann sachgerecht genutzt werden, wenn sie an den Versicherten angepasst werden. Diese *Anpassleistung* ist in der Regel Bestandteil der Hilfsmittelabgabe und von dem jeweiligen abgebenden Leistungserbringer durchzuführen. Die Anpassung erfolgt im Gegensatz zur Änderung nur bei der Erstabgabe des Produktes.

Ist nach der Erstabgabe, also das Hilfsmittel ist schon längere Zeit in Verwendung, eine Anpassung notwendig, wird diese als *Änderung* bezeichnet. Die Änderung wird ebenfalls vom Leistungserbringer durchgeführt und hat ihre Ursache in der Regel in der Person des Versicherten. So kann z. B. bei einem Kind das Wachstum dazu führen, dass eine Änderung des Rollstuhls erforderlich wird oder bei einem UK-Hilfsmittel der Wortschatz erweitert werden muss.

Sofern bei der Anpassung bzw. Änderung des Produktes Therapieparameter zu ermitteln und einzustellen sind, darf dies nur durch den behandelnden Arzt erfolgen. Einzelheiten werden in den jeweiligen Kassenverträgen geregelt.

### Montageleistungen

Oftmals müssen Hilfsmittel auch montiert werden bevor sie genutzt werden können, etwa das anbringen einer Kommunikationshilfe an einen Rollstuhl. Die Montage und die dazu erforderlichen Material sind ebenfalls Bestandteil der Abgabe und müssen daher vom Leistungserbringer erbracht werden. Eine Selbstmontage nach „IKEA-Prinzip“ ist nicht zulässig, Einzelheiten regeln auch hier die Kassenverträge.

### Einweisungen in den Umgang mit dem Produkt

Bei Hilfsmitteln handelt es sich meist um Medizinprodukte, so dass alleine schon durch das Medizinproduktrecht gefordert wird, dass die Nutzer und Anwender der Produkte im Umgang mit denselben geschult sein müssen. Auch wenn die Produkte ja meistens für den Gebrauch durch Laien konzipiert wurden und so eigentlich einfach zu bedienen sein müssten, benötigen die Anwender aber dennoch eine Einweisung in den Gebrauch um die Produkte sachgerecht und ohne Gefahr für sich und andere nutzen zu können.

Bei einfachen Hilfsmitteln fällt die Einweisung regelhaft mit in die Aufgaben des Leistungserbringers bei der Abgabe des Produktes. Die Einweisungen komplizierterer Produkte werden meist gesondert vertraglich behandelt und als Training oder Schulung bezeichnet. So etwa häufig bei elektronischen Kommunikationshilfen sowie Blindenhilfen zur Orientierung oder zur Informationsgewinnung. Sofern auch Betreuungs- und Pflegepersonen mit dem Hilfsmittel umgehen müssen, sind auch diese in die Einweisungen einzubeziehen.

### Laufende Kosten

Verursachen Hilfsmittel durch ihren Betrieb laufende Kosten, sind diese ebenfalls durch die GKV zu tragen. Dies gilt für alle Verbrauchsmaterialien die zwingend für den Betrieb des Gerätes erforderlich sind. Ebenfalls zu den Betriebskosten zählen die „Energiekosten“ für Netzstrom oder Batterien. Sofern die Kosten plausibel nachgewiesen werden – hier gibt es je nach Krankenkasse unterschiedliche Verfahrensweisen – werden die Beträge übernommen. Dies gilt allerdings nicht für Hörgerätebatterien bei über 18-jährigen Versicherten, denn diese sind gemäß Rechtsverordnung nach § 34 SGB V von der Leistungspflicht ausgeschlossen.

### **Kosten für Zubehör**

Als Zubehör werden spezielle Produkte bezeichnet, die den Funktionsumfang eines Grundgerätes erweitern. Sie sind nicht zwingend für den Betrieb des Hilfsmittels erforderlich, können aber im Einzelfall erforderlich sein, um das Hilfsmittel an die individuellen Anforderungen anzupassen, z. B. spezielle Schalter oder Adaptionen bei Kommunikationshilfen. Teilweise ergibt sich die Erfordernis der Ausstattung mit Zubehör erst im Laufe einer „Hilfsmittelkarriere“. So können sich etwa Kontextfaktoren oder das Behinderungsbild verändern. Zubehör stellt dann oft eine schnelle und wirtschaftliche Alternative zur Neuversorgung dar.

### **Instandsetzungskosten**

Wird ein Hilfsmittel im Laufe seines „Lebens“ beschädigt oder verschleißt planmäßig oder unplanmäßig, kann eine Reparatur (= Instandsetzung) wirtschaftlicher sein als eine Neuanschaffung. Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Instandsetzung ist aber zu bedenken, dass die Gebrauchsdauer für die unterschiedlichen Produkte von einer Vielzahl von Faktoren abhängt und individuell beurteilt werden muss.

### **Ersatzbeschaffung**

Sofern eine Instandsetzung nicht mehr möglich oder nicht mehr wirtschaftlich ist, besteht Anrecht auf eine Ersatzbeschaffung. Dies gilt auch dann, wenn das Produkt vor Ablauf einer durchschnittlichen Gebrauchsdauer defekt oder unbrauchbar wird. Umgekehrt besteht aber nicht automatisch Anspruch auf eine Neuversorgung nur weil die durchschnittliche Gebrauchsdauer überschritten wurde. Hat der Hersteller des Hilfsmittels aber in seinen Produktinformationen eine maximale Lebensdauer bzw. Nutzungszeit verbindlich festgelegt, ist das Produkt zu verwerfen und eine Ersatzbeschaffung durchzuführen.

### **Verbrauchsmittel**

Für Kommunikationshilfsmittel meist nur von nachrangiger Bedeutung und daher hier nur der Vollständigkeit geschuldet, sind die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel. Während nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (etwa elektronische Kommunikationshilfe) mehrmals – gegebenenfalls unterbrochen durch beispielsweise eine Reinigung oder Nutzungspause – nutzbar sind, können Verbrauchshilfsmittel nur einmalig zum Einsatz kommen und müssen dann verworfen werden. Verbrauchshilfsmittel sind aufgrund ihrer Beschaffenheit, des verwendeten Materials oder aus Gründen der Hygiene und Sicherheit nicht mehrmals nutzbar oder gar bei anderen Patienten wiederverwendbar. Die Verwendungsdauer der Verbrauchshilfsmittel kann von wenigen Sekunden (z. B. Absaugkatheter) bis zu mehreren Tagen oder Wochen (z. B. Dauerkatheter, Trachealkanülen) variieren und wird vom Hersteller verbindlich vorgegeben. Immer wieder wird versucht, typische Verbrauchsmengen für die unterschiedlichen Produkte vorzugeben. Aufgrund des individuellen Versorgungserfordernisses ist dies aber grundsätzlich nicht möglich. Die gegebenenfalls vorliegenden Empfehlungslisten sind daher im Zweifelsfall nur sehr zurückhaltend anzuwenden und können immer nur als Anhaltspunkt dienen.

## **Sachleistung, Kostenerstattung und Zuzahlungen**

### **Sachleistungen und Leistungserbringer**

Gemäß § 2 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen als Sachleistungen zur Verfügung. Über die Erbringung der Sachleistungen schließen die Krankenkassen Verträge. Die Abgabe der Hilfsmittel erfolgt verpflichtend auf der Basis von Verträgen nach § 127 SGB V durch so genannte „sonstige Leistungserbringer“. Dies sind etwa:

- Sanitätsfachhändler und Apotheken
- Augenoptiker und Hörgeräteakustiker
- Orthopädienschuhmacher und -techniker
- Medizintechniker und -ingenieure
- Hilfsmittelhersteller

Diese Leistungserbringer werden auf Basis der mit den Kostenträgern geschlossenen Verträge selbstständig und eigenverantwortlich tätig. Die Hilfsmittel können dann dem Versicherten entweder übereignet oder leihweise überlassen werden. Es besteht auch kein Anspruch auf Überlassung eines neuwertigen Hilfsmittels. So ist es durchaus üblich, dass gebrauchte Hilfsmittel nach technischer und hy-

gienischer Wiederaufarbeitung – sofern dies denn wirtschaftlicher ist als ein Neueinsatz – erneut zur Versorgung genutzt werden. Auch für Hilfsmittel gilt, dass diese als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden, ohne dass die Versicherten in Vorleistung gehen müssen.

### **Kostenerstattung**

Ausnahmen vom Sachleistungsprinzip sind nur auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten möglich. Gemäß § 13 SGB V könne Versicherte anstelle der Sach- und Dienstleistungen die Kostenerstattung wählen, müssen aber vor Inanspruchnahme die Krankenkasse darüber informieren.

Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der veranlassten Leistungen – zu denen unter anderem auch die Hilfsmittel zählen – ist möglich. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Genaue Regelungen zum Verfahren müssen die Krankenkassen regeln, so dass hier Unterschiede zwischen den einzelnen Kassen bestehen können. Die Kassen haben dabei auch ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen.

Die Versicherten sind dann an ihre Wahl der Kostenerstattung für die Dauer mindestens eines Jahres gebunden. Die Wahl des Kostenerstattungsprinzips anstelle des Sachleistungsprinzips sollte wohl überlegt sein. Zum einen muss der Versicherte oft in Vorleistung treten, zum anderen werden ihm die anfallenden Kosten in der Regel nur teilweise erstattet und er muss mit hohen Eigenanteilen rechnen.

Konnte oder wollte dagegen die Krankenkasse eine notwendige und unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dem Versicherten dadurch Kosten für die selbst beschaffte Leistung entstanden, so sind diese von der Krankenkasse in der voll entstandenen Höhe zu erstatten.

### **Zuzahlungen**

Auch wenn Hilfsmittel in der Regel als Sachleistungen zu Verfügung gestellt werden, muss auf Basis der §§ 61 und 33 SGB V jeder Versicherte der GKV für Hilfsmittel eine Zuzahlung leisten. Zudem werden für einige Hilfsmittel Eigenanteile einbehalten oder auch nur Zuschüsse gewährt. Sofern Festbeträge gelten, können auch wirtschaftliche Aufzahlungen notwendig sein.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten gemäß § 33 SGB V zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel eine Zuzahlung und dies unabhängig davon, wie die Produkte abgegeben werden (Leihverfahren, Fallpauschale, Leasing, Kauf etc.). Die Zuzahlung berechnet sich nach § 61 SGB V und beträgt damit *10 % des Abgabepreises des Hilfsmittels, mindestens aber 5 Euro und maximal 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels*. Besondere Regelungen liegen für die Verbrauchshilfsmittel und die maximale Belastungsgrenze vor.

Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

Bestimmte Hilfsmittel ersetzen aber Gebrauchsgegenstände, so etwa orthopädische Maßschuhe oder enthalten einen Gebrauchsgegenstandsanteil, wie z. B. auf herkömmlicher Computertechnik (Laptop, Tablet) basierende Kommunikationshilfen. Zwar sind Hilfsmittel und Gebrauchsgegenstand in diesen Fällen real nicht voneinander trennbar, aber sie können doch wirtschaftlich unterschieden und ein *Gebrauchsgegenstandsanteil* herausgerechnet werden. Dieser Gebrauchsgegenstandsanteil ist dann vom Versicherten selbst zu tragen. Hierzu stehen den Kassen zwei Möglichkeiten zur Verfügung: Gewährung von Zuschüssen und Erhebung von Eigenanteilen. Bei der Erhebung von Eigenanteilen wird, wie bei „normalen“ Hilfsmitteln auch, nach dem Sachleistungsprinzip vorgegangen. Das heißt, die Kasse stellt das Produkt zur Verfügung, verlangt aber für den enthaltenen Gebrauchsgegenstand einen individuellen Eigenanteil vom Versicherten.

Da es keine festen Sätze oder gesetzlichen Vorgaben für die Eigenanteile bzw. Zuschüsse gibt, wird empfohlen, individuell bei der jeweiligen Krankenkasse vor dem Versorgungsantrag nachzufragen. Die Mehrkosten werden direkt von den Versicherten an die Leistungserbringer bezahlt und als „Wirtschaftliche Aufzahlung“ bezeichnet.

## Antragstellung und Fristen

§ 13 Abs. 3a SGB V setzt für den Bereich der GKV die in § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I allgemein normierte Pflicht um, eine *zügige, zeitnahe und umfassende Versorgung* zu gewährleisten.

Ziel ist zum einen die Beschleunigung der Bewilligungs- bzw. Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen und zum anderen die zeitnahe Klärung von Leistungsansprüchen der Versicherten. Insbesondere für den Bereich der Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V hat die Vorschrift, aufgrund der oftmals komplizierten und langwierigen Leistungsprüfung, besondere Bedeutung.

Gemäß § 19 SGB IV werden Leistungen der GKV auf *Antrag* erbracht.

- Ein Antrag in diesem Sinne liegt rechtlich wirksam vor, wenn eine Willenserklärung des Versicherten, die auf den Beginn, die Fortsetzung, die Änderung oder Ergänzung einer Hilfsmittelversorgung zielt, der Kasse vorliegt.
- Die Antragstellung selbst ist grundsätzlich nicht an eine bestimmte Form gebunden, so dass die Anträge schriftlich (z. B. per Post, Mail) oder mündlich (z. B. telefonisch) oder durch konkludentes Handeln gestellt werden können. Der Versicherte kann hierzu auch einen Dritten, etwa einen Hilfsmittelexperten ermächtigen.
- Der Antrag bedarf weder zwingend einer Unterschrift noch einer Einverständniserklärung, allerdings muss die Einbeziehung des Versicherten deutlich werden. Die Vollmacht ist auf Verlangen gegebenenfalls schriftlich nachzuweisen (§ 13 SGB X).
- Wird die Willenserklärung gegenüber der Kasse in deren Abwesenheit abgegeben, wird sie gem. § 130 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 BGB in dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie zugeht. Auch eine elektronische Übertragung per E-Mail oder Telefax ist möglich, wobei die Nachricht als zugestellt gilt, wenn das Fax vollständig übertragen bzw. die Mail in der Mailbox der Krankenkasse abrufbar ist. Bei Übermittlung nach dem üblichen Geschäftschluss, gilt der nächste Arbeitstag als Zugangstag. Zu beachten ist, dass das Risiko der Übermittlung und damit auch des Zugangs der Antragsteller trägt und die Berechnung der Fristen tagesgenau erfolgt. Eine ärztliche Verordnung ist dabei für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich nicht zwingend erforderlich (siehe oben).

Die Kasse hat über den Antrag zügig zu *entscheiden*.

- Spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Zugang hat der Entscheid vorzuliegen.
- Diese Frist verlängert sich auf fünf Wochen, wenn eine gutachtliche Stellungnahme des MDK (nicht aber privater Gutachter- oder Beratungsdienste) zur Leistungsentscheidung benötigt wird. Bei letzterer handelt es sich um einen Verwaltungsakt, der bei Bekanntgabe gegenüber dem Versicherten wirksam wird.
- Die Bekanntgabe kann schriftlich, elektronisch oder mündlich erfolgen. Bei einer schriftlichen oder elektronischen Bekanntgabe wird der Verwaltungsakt mit dem dritten Tag nach Aufgabe des Briefes bzw. Absendung der Mail-Nachricht, die mündliche mit dem Zeitpunkt der Übermittlung wirksam. Letztere ist auf Verlangen des Versicherten schriftlich oder elektronisch zu bestätigen, wobei die nachfolgende schriftliche Bestätigung außerhalb der drei bzw. fünf Wochen Frist liegen kann, wenn die mündliche Bekanntgabe fristgerecht erfolgte.

Es liegt im Ermessen der Kasse einen Antrag auf Hilfsmittelversorgung durch eine *gutachtliche Stellungnahme des MDK* (nicht aber privater Gutachter- oder Beratungsdienste) bewerten zu lassen (§ 275 SGB V).

- Dieses Gutachten hat sie aber unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Verzögerung (§ 121 Abs. 1 BGB) einzuholen und ferner den Versicherten gem. § 13 SGB V darüber zu unterrichten.
- Da auch für die Unterrichtung keine spezielle Form vorgesehen ist, kann diese entweder im Rahmen einer sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) oder als Gutachten erfolgen.
- Auch der MDK muss schnellstmöglich, maximal aber innerhalb drei Wochen, gegenüber der Kasse Stellung nehmen.

Kann die Kasse die Leistungsentscheidung *nicht binnen der geltenden Frist fällen und bekanntgeben*, muss sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitteilen; eine mündliche Mitteilung reicht nicht aus.

- Die Mitteilung erfolgt i. d. R. per Post oder Telefax (sofern vorhanden). Eine Mitteilung per E-Mail ist nur zulässig, wenn der Versicherte einen Zugang eröffnet hat, d. h. eine E-Mail-Adresse

und die Empfangsbereitschaft mitgeteilt wurde. Zudem ist die Mail der Kasse elektronisch zu signieren (§ 36a SGB I).

- Bei nicht rechtzeitiger Leistungsentscheidung und fehlender Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Verzögerung gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Die erforderliche Leistung kann dann selbst beschafft werden; die entstandenen Kosten wären von der Kasse vollumfänglich zu erstatten. Die Notwendigkeit der Erforderlichkeit einer Leistung ergibt sich aus § 12 SGB V.
- Kosten für unnötige oder unwirtschaftliche Leistungen können auch im Rahmen § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V nicht erstattet werden, die Kasse schuldet nur die notwendigen und ausreichenden Leistungen, während auf nicht notwendige oder unwirtschaftliche Maßnahmen weder in Form von Dienst- oder Sachleistungen noch im Wege der Kostenerstattung ein Anspruch besteht.
- Da aus § 2 SGB V hervorgeht, dass grundsätzlich ein Sach- und Dienstleistungsanspruch besteht und § 13 Abs. 1 SGB V vorgibt, dass Kosten nur erstattet werden dürfen, soweit es das SGB V oder SGB IX vorsehen, kann der Erstattungsanspruch nicht über ursprünglich bestehenden den Anspruch hinausgehen.
- Die Kasse kann sich aber nicht auf eventuell vorliegende Vertragspreise zurückziehen. Diese gelten nur im Binnenverhältnis zu den jeweiligen Leistungserbringern, nicht aber für Rechnungen an den Versicherten. Allerdings können nur die Kosten erstattet werden, die dem Grunde nach übernahmefähige Leistungen der GKV sind.

Gründe für eine Überschreitung der Frist müssen *hinreichend* sein, d. h. sie müssen die Kasse daran hindern rechtzeitig, innerhalb der Fristen die Leistungsentscheidung zu treffen. Dies wird immer dann der Fall sein, wenn die notwendigen Informationen nicht so rechtzeitig vorliegen oder gewonnen werden können, dass die Frist noch gehalten werden kann. Weitere Gründe können insbesondere darstellen:

- fehlende oder unvollständige Angaben, die durch den Versicherten oder einen Leistungserbringer zu liefern sind, wenn diese erheblich für die Entscheidung sind,
- fehlende oder mangelhafte Mitwirkung, z. B. im Rahmen einer MDK Untersuchung,
- fehlende Zustimmung zur Erteilung von Auskünften durch Dritte.

Sofern die benötigten Unterlagen unvollständig sind, hat die Kasse im Rahmen ihrer Ermittlungspflicht unverzüglich die benötigten Informationen zu beschaffen, ggf. fehlende Informationen nachzufordern bzw. eine gutachtliche Stellungnahme einzuleiten. Jedoch ist nicht jedes Informationsdefizit ein hinreichender Grund, z. B. wenn die fehlenden Daten nicht entscheidungsrelevant sind. Auch Gründe die in den Verantwortungsbereich der Kasse fallen, etwa wegen Organisationsmängel, Urlaub oder Arbeitsbelastung sind nicht ausreichend. Gleiches gilt sinngemäß auch für den MDK. Nicht aber fristverlängernd wirkt sich die Einschaltung sogenannter freier Gutachter- oder Beraterdienste aus.

## Begutachtung und Beratung

Hilfsmittel müssen als Leistungen der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Zudem dürfen sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vgl. § 12 SGB V). Diese zwingend zu beachtenden Vorgaben müssen in jedem Einzelfall individuell von der Krankenkasse überprüft werden. Bei dieser Prüfung sind leistungsrechtliche Aspekte und auch die medizinischen Umstände, etwa die medizinische Notwendigkeit einer Therapieunterstützung durch ein geeignetes Hilfsmittel, zu berücksichtigen.

### **Zuständigkeiten bei der Hilfsmittelprüfung**

§ 12 SGB V legt nicht die Zuständigkeiten für das Prüfverfahren fest, sondern bestimmt vielmehr die Verantwortlichkeit aller Beteiligten in der (Hilfsmittel-)Versorgung allgemein. Erst durch § 275 SGB V werden diese Verantwortlichkeiten für die Begutachtung und die Beratung näher adressiert. Danach muss die Krankenkasse bei der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einholen, wenn Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung bzw. des Krankheitsverlaufs dies erforderlich machen (§ 275 Abs. 1 S.1 SGB V).

Als „Muss-Vorschrift“ hat der Gesetzgeber damit deutlich zu verstehen gegeben, dass die medizinischen Sachverhalte bei der Leistungsprüfung nicht alleine durch die Krankenkasse, sondern zwingend durch den MDK zu prüfen sind. Dies dient der Sicherstellung, dass Entscheidungsempfehlungen über medizinische Sachverhalte nur durch kundige und neutrale Personen (vgl. auch § 275 Abs. 5 S.1 SGB V) abgegeben werden. Durch § 275 Abs. 3 Nr. 2 SGB V wird zudem festgelegt, dass die Kassen durch

den MDK und vor Bewilligung eines Hilfsmittels prüfen lassen können, ob das Hilfsmittel erforderlich ist; der MDK hat hierbei die Versicherten zu beraten. Damit wird den Kassen folglich ein Wahlrecht eröffnet, ob sie den MDK mit der Hilfsmittelprüfung beauftragen wollen.

Wenn sie dies aber beabsichtigen, können sie damit nur den MDK beauftragen und nicht etwa auch private Gutachterdienste. Dies wird deutlich durch § 275 Abs. 4 SGB V, welcher normiert, dass nur bei der Erfüllung anderer als der in § 275 Abs. 1 - 3 SGB V genannten Aufgaben andere Gutachterdienste zu Rate gezogen werden können. Dies ist insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten möglich, nicht aber für spezielle Fragestellungen, etwa im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln im Einzelfall.

Die Krankenkasse hat somit in der Gesamtschau eine eigene Prüfkompetenz nur in Bezug auf die rechtlichen Rahmenbedingungen. Sie muss zwar eine leistungsrechtliche Beurteilung der Hilfsmittelversorgung gemäß § 12 SGB V durchführen und hat dabei auch die medizinischen Aspekte zu berücksichtigen, diese müssen sich aber zwingend aus der MDK-Stellungnahme nach § 275 SGB V ergeben; d. h. die Kasse prüft selbstständig die formalrechtlichen, nicht aber die medizinisch-technischen Aspekte der Hilfsmittelversorgung. Letzteres ist ausschließlich Aufgabe des MDK. Bestätigt wird diese Auffassung u. a. auch durch Urteil vom 09.07.2013, Az. 4 O 127/13 des LG Halle (Saale). Danach verstößt der Einsatz von privaten Gutachterdiensten bei der Hilfsmittelbegutachtung gegen geltendes Recht.

### **Beratung der Versicherten**

Oftmals werden die durch die Krankenkassen beauftragten Dienste nicht als „Gutachter“ sondern unter Bezug auf § 14 SGB I als „Berater“ bezeichnet. § 14 SGB I bestimmt, dass jeder Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach dem SGB hat. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger – hier die Krankenkasse – denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind. § 15 SGB I ergänzt, dass eine Auskunftspflicht des Leistungsträgers vorliegt.

Hieraus kann aber nicht abgeleitet werden, dass eine Pflicht zur Inanspruchnahme der Beratung für die Versicherten der GKV besteht, d. h. eine „Zwangsberatung“ darf nicht durchgeführt werden und die Kasse darf nicht unaufgeforderte einen „Reha-“ oder „Hilfsmittelberater“ zur Versichertenberatung einsetzen. Doch selbst wenn der Versicherte freiwillig die ihm zustehende Beratung einfordert, etwa weil die Kasse ihm ein Beratungsangebot per Infobrief unterbreitet, ist die Hilfsmittelberatung im Einzelfall durch den MDK durchzuführen, denn der in § 275 SGB V beschriebene Verfahrensweg stellt auch die Hilfsmittelberatung ausschließlich in den Aufgabenbereich des MDK.

Zwar können Krankenkassen gemäß § 197b S.1 SGB V die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte wahrnehmen lassen, wenn dies wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Allerdings dürfen keine wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten – und hierzu zählt sicherlich die Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V – in Auftrag gegeben werden (§ 197b S.2 SGB V). Zudem ist ja der MDK gerade für die Bündelung der gutachterlichen und im Hilfsmittelbereich auch beratenden Aufgaben als Arbeitsgemeinschaft im Sinne des § 197b SGB V anzusehen.

### **Datenschutzrechtliche Aspekte**

Gemäß Urteil des BSG vom 10.12.2008 (Az. B 6 KA 37/07 R) ist im Geltungsbereich des SGB V die Weitergabe von Patientendaten nur dann und in dem Umfang erlaubt, in dem bereichsspezifische Vorschriften über die Datenverarbeitung im SGB V dies gestatten; die allgemeinen Regelungen des Datenschutzes, die die Datenübermittlung bei Vorliegen einer Einwilligungserklärung des Betroffenen erlauben, finden insoweit keine Anwendung. Somit dürfen z. B. keine Patientendaten durch einen Hilfsmittelleistungserbringer an private Gutachterdienste weitergegeben werden.

### **Rechtliche Würdigung des Bundesversicherungsamts**

Mit Schreiben vom 21.05.2014 führt das Bundesversicherungsamt (BVA) unter dem Aktenzeichen 211-5410-45 / 2010 aus, dass es „den Einsatz externer Hilfsmittelgutachter in Ermangelung einer rechtlichen Befugnis sowie datenschutzrechtlich für unzulässig“ hält. Weiter heißt es, dass: „der Einsatz externer Hilfsmittelgutachter bzw. -berater nicht weiter toleriert werden kann“. Da die Krankenkassen lediglich eigene Aufgaben nach § 197b SGB V übertragen dürften, wären aus Sicht des BVA keine Fälle mehr denkbar, in denen schlicht technische unterstützende Tätigkeiten ohne Bezug zu medizinischen Bewertungen in Betracht kämen. Soweit die Kassen daher auf zusätzlichen Sachverstand angewiesen wären, obliege dies ausschließlich dem MDK. Insbesondere wird damit aber auch deutlich, dass die Beauftragung eines externen Beratungs- oder Gutachterdienstes keine Begründung für eine längere Bearbeitungszeit durch die Krankenkasse ist.

### **Versorgungsmanagement (Case Management)**

Anders die Situation gemäß § 11 Abs. 4 SGB V, wonach Versicherte Anspruch – nicht aber eine Pflicht auf Inanspruchnahme – auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche haben. Aufgabe des Versorgungs- oder Case Managements ist es dann, die am Versorgungsprozess beteiligten Institutionen (z. B. Krankenkasse, MDK) und Personen (z. B. Versicherte, Leistungserbringer nach dem SGB V und XI, Pflegeberatung nach § 7a SGB XI) zu koordinieren, nicht aber selbst die Beratung gemäß § 14 SGB I, die Begutachtung gemäß § 275 SGB V oder die Versorgung (Hilfsmittelabgabe) selbst durchzuführen bzw. gar in die ärztliche Behandlung einzugreifen. Diese Aufgaben verbleiben immer bei den durch das SGB V bestimmten Institutionen (z. B. MDK oder Leistungserbringer). Mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten dürfen in diesen Einzelfällen auch die erforderlichen Daten übermittelt werden (§ 11 Abs. 4 S.5 SGB V). Hierüber können die Kranken- und auch die Pflegekassen mit den betroffenen Leistungserbringern nach dem SGB V bzw. XI Verträge abschließen

### **Fazit**

Das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Hilfsmittelversorgung stellt ein kompliziertes und schwer durchschaubares Geflecht aus gesetzlichen Regelungen und zahlreichen richterlichen Entscheidungen dar. Die Hilfsmittel liefern einen wichtigen Beitrag zur Rehabilitation und Partizipation von behinderten Menschen und stehen deshalb oftmals im Mittelpunkt der Versorgung. Häufig wird aber das Leistungsrecht bei der Beantragung von Leistungen nicht beachtet. In der Folge sind Fehlversorgungen nicht selten. Eine solide Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen und der zu verwendenden Termini ist daher zur Begründung einer Versorgung mit Hilfsmitteln ein unverzichtbares Muss für eine erfolgreiche Versorgung.

### **Literatur**

- Doneth, Ingo; Kamps, Norbert; Schäfer, Constanze.*: Hilfsmittel und Medizinprodukte für die Kitteltasche. In: Bd. 1+2; Band 1 – Zur Therapiebegleitung; Band 2 – Für die ambulante und stationäre Pflege. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2006
- Gerlach Werner*: Therapien und Technische Hilfen. Loseblattsammlung für Ärzte und Krankenkassen. 2. Auflage Rechtsstand April 2014 Walhalla-Verlag, 2014
- Hartmann Rechtsanwälte BVMed*: Zu Hause gut Versorgt: Rechtliche Grundlagen der nicht-ärztlichen ambulanten Leistungen in der GKV – ein Leitfaden. Berlin/Lünen: Hartmann Rechtsanwälte/Bundesverband Medizintechnologie e. V. 2. Auflage (BVMED), 2013
- Kamps, Norbert*: Grundlagen der Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung: Arbeitshilfe zum SGB V und SGB XI; Einführung in das Hilfsmittelverzeichnis. Regensburg: Walhalla und Praetoria, 2009, 1. Aufl.
- World Health Organisation (WHO)*: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Stand Oktober 2005. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen
- SEG 1 – Sozialmedizinische Expertengruppe 1 „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“*: Die ICF und ihre Anwendung in der täglichen Praxis – Hinweise für Krankenkassenmitarbeiter – Stand November 2011
- Kamps, Norbert*: Weiterbildung zum „Geprüften Hilfsmittelexperten/Casemanager“ bzw. „Geprüfte Hilfsmittelexpertin/Casemanagerin“. In: isaac – Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation; von Loeper Literaturverlag (Hrsg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 2012, S. 13.057.001 – 13.059.001
- Kamps, Norbert*: Anwendung des § 13a Abs. 3a SGB V in der Hilfsmittelversorgung der GKV. Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen 05.2013
- Kamps, Norbert*: Hilfsmittelversorgung im Spannungsverhältnis zwischen Behinderungsausgleich und Wirtschaftlichkeitsgebot. Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen 03.2014
- Kamps Norbert*: Private Gutachter und Beratungsdienste in der GKV-Hilfsmittelversorgung; Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen 06.2013
- Kamps, Norbert*: Das richtige Hilfsmittel für mich: Mehr Lebensqualität im Krankheits- und Pflegefall Regensburg: Walhalla und Praetoria, 2015, 1. Aufl.