



HARTMANN RECHTSANWÄLTE

Kurzgutachterliche Stellungnahme

zur Frage der Ablehnung von sofort erforderlichen
Hilfsmittelverordnungen

Eine Information der Hartmann Rechtsanwälte

April 2012

I. Fragestellung

Hilfsmittelversorgungen erfolgen teilweise aufgrund ärztlicher Verordnung zum Ende eines stationären Aufenthaltes oder sind unmittelbar postoperativ nötig. Der Patient muss das betreffende Hilfsmittel in diesen Fällen sofort erhalten, um das Ergebnis der stationären Behandlung zu sichern. Beispiele hierzu finden sich in verschiedensten Bereichen, wie z. B. die Versorgung mit Orthesen nach bestimmten Wirbelsäulenoperationen oder flachgestrickte Kompressionsversorgung im Anschluss an eine stationäre Entstauungstherapie.

In diesen Fällen erfolgt die Versorgung mit dem für den Patienten erforderlichen Hilfsmittel unmittelbar nach der Operation bzw. Entlassung aus dem Krankenhaus, obwohl zu diesem Zeitpunkt noch keine Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse des Patienten vorliegt. Das Genehmigungsverfahren wird zwar auch unmittelbar mit Übersendung der ärztlichen Verordnung und des Kostenvoranschlages eingeleitet, jedoch erfolgt in diesen Fällen die Versorgung vor einer Genehmigung. Die ärztliche Verordnung des Hilfsmittels basiert auf den im Hilfsmittelverzeichnis zu den einzelnen Produktarten genannten Indikationen.

Problematisch stellt sich jedoch dar, dass das Genehmigungsverfahren der Krankenkasse einige Wochen in Anspruch nimmt, so dass bis zu diesem Zeitpunkt der jeweilige Leistungserbringer auf eigenes Risiko versorgt hat. Besonders problematisch wird es dann, wenn die Krankenkasse eine Hilfsmittelversorgung insgesamt ablehnt bzw. auf ein anderes Hilfsmittel verwiesen wird, das kostengünstiger ist und ggf. auch nicht mit den Indikationen im Hilfsmittelverzeichnis übereinstimmt.

Da die Versicherten in dieser Situation bereits versorgt sind, sehen diese in der Regel nicht die Notwendigkeit, gegen die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse vorzugehen. Die Versicherten haben die für sie erforderliche Versorgung erhalten, so dass sie keine nachteiligen Folgen spüren. Hieraus resultieren verschiedene Fragen, auf die wir unten explizit eingehen werden. Grundsätzlich geht es um die Fragestellung, auf wessen Risiko Versorgungen mit Hilfsmitteln vor einer Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgen und welche Handlungsalternativen es gibt.

Im Rahmen der nachstehenden juristischen Prüfung sind insbesondere folgende Fragen zu klären:

1. Darf ein Leistungserbringer die notwendige Versorgung vornehmen, auch wenn noch keine Genehmigung der Krankenkasse vorliegt?

Im Rahmen dieser Fragestellung stellt sich auch die Frage nach der Bearbeitungsfrist der Krankenkassen.

2. Wie bindend sind das Hilfsmittelverzeichnis und insbesondere die inhaltlichen Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis?

II. Rechtliche Würdigung

Der hier im Raum stehende Hilfsmittelanspruch des einzelnen Versicherten ergibt sich aus § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V. Hierbei handelt es sich um den Sachleistungsanspruch. Bei Hilfsmittelversorgungen ist die Genehmigung vor der Versorgung gesetzlich vorgesehen. Im sozialversicherungsrechtlichen Dreieck bedeutet dies, dass der Versicherte gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch hat, den die Krankenkasse nach Genehmigung über die Leistungserbringer erfüllt. Die Abrechnung der zu erbringenden Sachleistung Hilfsmittel erfolgt (abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung) ausschließlich im Verhältnis Leistungserbringer und Krankenkasse.

Aus dieser Grundkonstellation, dass es sich bei Hilfsmittelversorgungen um den Anspruch des einzelnen Versicherten handelt, folgt, dass auch nur der Versicherte Rechte geltend machen kann. Ausschließlich der Versicherte ist Inhaber der einzelnen Rechte, wozu z. B. auch das Einlegen von Rechtsmitteln wie der Widerspruch gehört. Ebenso gilt dieses auch für ein Akteneinsichtsrecht im Widerspruchsverfahren, um z. B. die Stellungnahme oder das Gutachten des medizinischen Dienstes überprüfen zu können.

Dieser vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen stellt die wesentliche Grundlage für die Beantwortung der hier zu beantwortenden Fragen dar.

1. Darf der Leistungserbringer die notwendige Hilfsmittelversorgung vornehmen, auch wenn noch keine Genehmigung seitens der Krankenkasse vorliegt?

Aus dem vorstehend dargestellten Ablauf einer Versorgung ergibt sich, dass der einzelne Versicherte für einen durchsetzbaren Anspruch seiner Hilfsmittelversorgung grundsätzlich erst die Genehmigung abwarten müsste. Von der Genehmigung der Hilfsmittelversorgung und damit eines festgestellten Anspruchs ist auch der Vergütungsanspruch des einzelnen Leistungserbringers abhängig.

Es finden sich jedoch keine gesetzlichen Regelungen, die es dem Leistungserbringer untersagen, dass er eine Hilfsmittelversorgung nicht auch vor der Genehmigung der Krankenkasse durchführen darf. Damit ist eine Versorgung vor Genehmigung durch die Krankenkasse grundsätzlich im Einverständnis mit dem Versicherten erlaubt.

Das finanzielle Risiko für eine Versorgung vor Genehmigung trägt jedoch der Leistungserbringer. Hintergrund hierfür ist, dass der Versicherte im

System der gesetzlichen Krankenkasse davon ausgeht, dass er aufgrund des Sachleistungsanspruches ohne private eigene Zahlungen versorgt wird. Damit das finanzielle Risiko jedoch nicht alleine beim Leistungserbringer liegt, muss er eine ausdrückliche Vereinbarung mit dem Versicherten treffen, um im Falle der Ablehnung durch die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten Kosten privat geltend machen zu können.

Dies bedeutet, dass vor der Versorgung die Information des Versicherten erfolgen muss.

Dass der Versicherte vorab informiert werden muss, ergibt sich zumindest in entsprechender Anwendung aus § 13 Abs. 2 SGB V. Diese Vorschrift regelt zwar die Konstellation, wenn ein Versicherter die Möglichkeit gewählt hat, statt der Sachleistungen grundsätzlich die Kostenerstattung zu wählen. In diesen Fällen hat der Leistungserbringer vor Inanspruchnahme der Leistung zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von den Versicherten zu tragen sind.

Dies bedeutet aber auch, dass bei Versorgung die von dem üblichen Ablauf abweichen, also Versorgung vor Genehmigung, der Versicherte auf jeden Fall informiert und genau über die Kosten aufgeklärt werden muss.

Hier empfiehlt sich ein eindeutiger Text, den der Versicherte unterzeichnet, damit eine entsprechende Vereinbarung zustande kommt. Ein solcher Text könnte wie folgt lauten:

„Das von mir im Rahmen meines Wahlrechtes ausgesuchte vollständiger Name und Anschrift des Leistungserbringers hat mich über den Versorgungsweg und den weiteren Ablauf des Verfahrens bei der Versorgung mit dem Hilfsmittel

hier bitte Hilfsmittel konkret benennen

aufgeklärt und beraten. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Insbesondere wurde ich auch darüber aufgeklärt, dass es sich bei der Versorgung mit dem Hilfsmittel um eine medizinisch indizierte unaufschiebbare Versorgung handelt, die zum Erfolg meiner Krankenbehandlung unmittelbar durchgeführt werden muss.

Ich wurde auch darüber aufgeklärt, dass Hilfsmittelversorgungen grundsätzlich der Genehmigung meiner Krankenkassen bedürfen. Aufgrund der besonderen Situation der Unaufschiebbarkeit der Versorgung vereinbare ich mit dem oben genannten Leistungserbringer, dass die Versorgung sofort erfolgen soll. Die durchgeführte Hilfsmittelversorgung wird von mir privat gezahlt werden, soweit eine Genehmigung meiner Krankenkasse nicht erfolgt. Über die Höhe der Kosten bin ich aufgeklärt worden.

Hiermit erkläre ich mich mit der vorgenannten Vorgehensweise ausdrücklich einverstanden und werde die Rechnung im Wege der Kostenerstattung bei meiner Krankenversicherung als unaufschiebbare Leistung geltend machen.

Ort, Datum

Unterschrift“

Soweit die Krankenkasse die Hilfsmittelversorgung dann ablehnt, kann der Versicherte im Wege der Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 SGB V die Hilfsmittelversorgung als sogenannte unaufschiebbare Leistung geltend machen. Im Falle der Ablehnung muss der Versicherte auch bei der Kostenerstattung auf jeden Fall das Widerspruchsverfahren durchführen, damit die Ablehnung nicht rechtskräftig wird.

In diesem Rahmen stellt sich die Frage, welchen Zeitraum die Krankenkasse für die Genehmigung einer Hilfsmittelversorgung hat. Im SGB V selbst findet sich keine ausdrückliche Frist zur Bearbeitung von Hilfsmittelanträgen. Jedoch gilt gegenüber den Krankenkassen auch das SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Bei gesetzlichen Krankenkassen handelt es sich um Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX. Die Hilfsmittelversorgungen sind auch im SGB IX geregelt, so dass auch die im SGB IX genannten Fristen maßgeblich sind.

Für die Bearbeitung von Anträgen führt § 14 SGB IX aus, dass Hilfsmittelbedarf unverzüglich festzustellen ist. Soweit ein Gutachten nicht benötigt wird, ist die Entscheidung über den Hilfsmittelantrag innerhalb von 3 Wochen ab Eingang des Hilfsmittelantrages zu treffen.

Soweit ein Gutachten erforderlich wird (und nicht nur eine interne Stellungnahme des MDK) verlängern sich diese Fristen überschlägig auf einen Zeitraum von ca. 8 Wochen. Dies hängt davon ab, wie schnell der Gutachtertermin, der auch unverzüglich stattfinden muss, erfolgt. Dabei hat der Gesetzgeber für die Bestellung eines solchen Gutachters in § 14 Abs. 5 SGB IX deutlich gemacht, dass der Sozialleistungsträger in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender Sozialmedizinischer Dienste zu benennen hat. Soweit der Betroffene sich für einen Sachverständigen entschieden hat, ist diesem Wunsch Rechnung zu tragen.

2. Wie bindend ist das Hilfsmittelverzeichnis und dessen Inhalte?

Im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen finden sich gem. § 139 Abs. 1 S. 2 SGB V die von der Leistungspflicht umfassten Hilfsmittel. Diese Hilfsmittel sind auf Antrag der jeweiligen Hersteller in das Hilfsmittelverzeichnis nach Prüfung durch den GKV-Spitzenverband aufgenommen worden.

Damit eine Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis erfolgte, hatte der einzelne Hersteller die Funktionstauglichkeit, Sicherheit, die Erfüllung der

Qualitätsanforderungen und soweit erforderlich des medizinischen Nutzen nachgewiesen. Zusätzlich ist eine entsprechende Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache vorhanden.

Alle im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte sind damit funktionstauglich, sicher, erfüllen die Qualitätsanforderungen nach § 139 SGB V und haben einen nachgewiesenen medizinischen Nutzen.

Bei im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten haben somit weder die einzelnen Krankenkassen noch der Medizinische Dienst die bereits bei der Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis geprüften Voraussetzungen zu hinterfragen. Die für die Krankenkasse verbindliche Hilfsmittelrichtlinie gibt hierzu in § 4 Abs. 4 der Richtlinie ausdrücklich vor, dass bei Abgabe von Hilfsmitteln die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Qualitätsanforderungen zu beachten sind. Damit sind einerseits die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Kriterien verbindlich und andererseits für die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Einzelprodukte festgestellt, dass diese Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Die einzelnen Krankenkassen und in deren Auftrag Medizinische Dienste können somit allenfalls noch im Einzelfall feststellen, dass eine konkrete Hilfsmittelverordnung nicht bei diesen Versicherten erforderlich ist. Pauschale Ablehnungen, die im Widerspruch zu diesen Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnisses stehen, sind jedoch nicht möglich.

Damit sind pauschale Aussagen von Krankenkassen oder Medizinischen Diensten, bestimmte Produkte könnten bei bestimmten Indikationen nicht eingesetzt werden oder die Krankenkasse/der Medizinische Dienst verweist auf Produkte, die für diese Indikationen nach den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nicht vorgesehen sind, im Widerspruch zu den gesetzlichen und den Richtlinienvorgaben. Hier bedarf es einer erheblichen Begründung im konkreten Einzelfall, um eine solche Ausnahme von der Regelversorgung zu begründen. Pauschale Aussagen reichen nicht, sondern nur konkrete Ausführungen im Einzelfall, bezogen auf das besondere Krankheitsbild eines einzelnen Versicherten. Die Krankenkassen müssen somit quasi doppelt begründen, warum einerseits das im Hilfsmittelverzeichnis für eine bestimmte Indikation aufgenommene Produkt nicht genehmigt wird und andererseits muss begründet werden, warum ein für diese Indikation nicht vorgesehen Produktart trotzdem geeignet sei.

Bei der Bewertung auf dieser Ebene kommt es auch nicht darauf an, ob die von der Krankenkasse vorgeschlagene andere Versorgung kostengünstiger wäre. Das Wirtschaftlichkeitsgebot spielt nur unter gleich geeigneten Produkten eine Rolle. Bevor also die Wirtschaftlichkeit eine Rolle spielt, muss auf der ersten Stufe der Prüfung begründet werden, warum das gemäß der Indikation im Hilfsmittelverzeichnis verordnete Produkt nicht geeignet sei und warum das von der Krankenkasse/Medizinischem Dienst empfohlene Produkt, obwohl für diese Indikation nicht gelistet, geeignet sei.

Erst wenn diese Eignung feststeht, spielt die Wirtschaftlichkeit eine Rolle.

III. Zusammenfassung

Leistungserbringer dürfen grundsätzlich notwendige Versorgung auch vor der Genehmigung durch die Krankenkasse durchführen. Dies hat mit vorheriger Information und Einverständnis der Versicherten zu erfolgen, da ansonsten der Leistungserbringer das finanzielle Risiko trägt. Hierzu wird dringend empfohlen, dass der Leistungserbringer sich mit entsprechender schriftlicher Erklärung des Versicherten vorab absichert.

Die Krankenkassen haben bei ihrem Genehmigungsverhalten die Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnisses zu beachten. Die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte erfüllen diese Vorgaben, da bei der Eintragung bereits durch den GKV-Spitzenverband die entsprechenden Voraussetzungen geprüft wurden. Eine Abweichung von diesen Vorgaben kommt nur mit ausreichender Begründung im Einzelfall in Betracht.

Lünen, 30. April 2012



gez. Hackstein