

## SERVICES

Mobilität ist ein Rechtsanspruch

Eine Übersicht über die Rechtslage zum Behinderungsausgleich und zum Procedere bei der Hilfsmittelversorgung

**In den letzten Jahren sind, nicht zuletzt wegen der Innovationen der Industrie, eine Vielzahl von Urteilen ergangen, die sich mit den Rechtsansprüchen von behinderten und kranken Menschen mit zeitgemäßen Hilfsmitteln befassen. Zuvor führte die Kostentragung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen kaum zu Streit. Insbesondere das Bundessozialgericht hatte über Fälle zu entscheiden, mit denen sich die Gerichte bislang nicht zu befassen hatten. Die bestehenden Gesetze sind dabei vom Gericht auf den Einzelfall bezogen auszulegen.**

Für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen legt das Gesetz sehr allgemein fest, dass Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel besteht, welches im Einzelfall erforderlich ist, um eine Behinderung auszugleichen, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern (§33 SGB V). Die Versorgung muss zweckmäßig und ausreichend sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§12 SGB V). Die Versorgung hat dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§2 SGB V). Berechtigten Wünschen des behinderten Menschen ist bei der Ausführung von Leistungen Rechnung zu tragen (§9 SGB IX). Die Kostenträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass der Versicherte seine Leistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält (§17 SGB I). Sie haben die Versicherten über die möglichen Leistungen zu beraten und haben darauf hinzuwirken, dass zweckdienliche Anträge gestellt werden (§§14, 15 SGB I). Der notwendige Sachverhalt ist von der Krankenkasse von Amts wegen selbst zu ermitteln. Dabei hat sie auch die für sie ungünstigen Umstände zu berücksichtigen (§20 SGB X).

Anhand dieser Rechtslage haben die Gerichte zu entscheiden und die Gesetze am Einzelfall auszulegen. Sie kamen dabei zu den folgenden Entscheidungen: Stellt ein Versicherter bei einem öffentlich-rechtlichen Kostenträger einen Antrag auf Versorgung mit einem bestimmten Hilfsmittel, so hat er den Patienten über seine Versorgungsmöglichkeiten zu beraten. Der Kostenträger versteht sich dabei nicht als Gegner des Versicherten. Er hat alles erforderlich zu tun, um dem Versicherten zu der medizinischen notwendigen Versorgung zu verhelfen.

Eine gesetzliche Krankenkasse hat auf eigene Kosten eine Probeversorgung durchzuführen, wenn dies der einzige Weg ist, festzustellen, ob der Versicherte mit einem Hilfsmittel zurechtkommt (BSG B 3 KR 19/08 R). Dies gilt sogar dann, wenn sich nach der Probeversorgung herausstellt, dass der Patient das Hilfsmittel doch nicht nutzen kann und es vergebens gebaut wurde. Die Krankenkasse hat dem Versicherten auch Sanitätshäuser zu benennen, die vertraglich an die Krankenkasse gebunden sind.

Entgegen der landläufigen Meinung ist für die Hilfsmittelversorgung nicht zwingend ein ärztliches Rezept erforderlich (BSG B 3 KR 5/10 R).

Kann die Krankenkasse die Notwendigkeit des Hilfsmittels nicht mit eigenem Fachwissen prüfen, so kann sie den Medizinischen Dienst (MDK) einschalten (SG B 3 KR 16/99 R). In der prothetischen Versorgung hat der Patient einen Anspruch auf möglichst weitgehenden Ausgleich der Behinderung nach dem Stand der Medizintechnik. Der Maßstab ist hierbei der gesunde Mensch, zu dessen Fähigkeiten der behinderte Mensch wieder aufschließen soll (BSG B 3 KR 16/99 R). Dem behinderten Menschen soll die bestmögliche Versorgung zukommen (BSG B 3 KR 28/08 R). Ein neu auf dem Markt

befindliches Hilfsmittel darf nicht deshalb verweigert werden, weil es nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist oder keine klinischen Studien über die Wirksamkeit vorliegen (BSG B 3 KR 28/05 R). Ausreichend ist vielmehr, dass das Hilfsmittel über eine CE-Kennzeichnung verfügt (BSG B 3 KR 6/04 R). Dann gilt es als ausreichend sicher und ist marktfähig.

Es darf zudem nicht darauf verwiesen werden, der bislang erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend, so dass auch eine noch funktionsfähige Prothese durch ein neu eingeführtes Passteil ersetzt werden kann (BSG B 3 KR 10/10 R).

Obwohl eine Hilfsmittelversorgung wirtschaftlich sein muss, bedeutet dies nicht, dass der Patient nur das Nötigste erhält. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des privaten Gutachterdienst darf die Krankenkasse nicht einschalten (§275 Abs. 4 SGB V). Die Prüfer des MDK müssen Ärzte oder Mitglieder anderer Heilberufe z.B. Orthopädietechniker oder Physiotherapeuten sein (§279 Abs. 5 SGB V).

Die Ärzte sind unabhängig und nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie dürfen aber nicht in die Behandlung des verordnenden Arztes eingreifen, sondern nur ihre Fachmeinung äußern (§275 Abs. 5 SGB V). Erfüllt der MDK sein Aufgaben nicht ordnungsgemäß und entsteht dem Patienten dadurch bspw. durch eine Unterversorgung ein Schaden, so muss der MDK diesen Schaden gegebenenfalls auch durch Zahlung eines Schmerzensgeldes ersetzen (BGH, 22.06.2006 - III ZR 270/05). Ein solcher Schadensersatzanspruch kann entstehen, wenn der begutachtende Arzt entsprechend seiner Facharztausbildung die Versorgung mit einem innovativen Hilfsmittel erkennt und es bei dem Patienten hierdurch zu einem vermeidbaren Sturz oder ähnlichem gekommen ist. Auch die Krankenkasse kann zum Schadensersatz verpflichtet sein, wenn sich der Sachbearbeiter auf ein erkennbar falsches oder unzureichendes Gutachten verlässt oder das Verfahren grundlos in die Länge gezogen wird (LG Ellwangen 3 O 97/08).

Das Wahlrecht im Hinblick auf das konkrete Passteil steht dem Patienten selbst zu. Er selbst kann am besten beurteilen, welches Hilfsmittel für seinen Alltag am besten geeignet ist (BSG B 3 KR 12/05 R; keine Kosten-Nutzen-Rechnung (B 3 KR 68/01 R). Zunächst ist festzustellen, welches Hilfsmittel dem Patienten am besten hilft. In einem nächsten Schritt darf dann geprüft werden, ob ein Hilfsmittel mit identischen Funktionen auch günstiger am Markt zu haben ist (BSG B 3 KR 28/08 R). Erst wenn ein Alltagsnutzen im Vergleich zu einem erheblichen Mehrpreis eher gering ist, kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden. Wann ein Alltagsnutzen in diesem Sinne gering ist, hat die Rechtsprechung bislang jedoch offen gelassen (BSG B 3 KR 9/10 R).

Eine Prothesenversorgung hat jedoch die verloren gegangene Körperfunktion so weit wie möglich zu ersetzen. Dies gilt auch für den Anspruch des amputierten Anwenders, sich in Nassbereichen aufhalten zu dürfen. Nicht nur, dass der Versicherte einen Anspruch auf Versorgung mit einer wasserfesten Prothese hat, so hat diese dem Versorgungsstandard der Alltagsprothese zu entsprechen (BSG B 3 KR 19/08 R). Der Patient kann also bei der Versorgung mit einer Oberschenkelbadeprothese nicht auf eine Versorgung ohne Knie oder mit einem funktionell minderwertigen Fuß verwiesen werden. Gleiches gilt für die Versorgung mit einer Unterschenkelprothese.

Für Sie zusammengestellt von: Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul, Strengerstraße 2 • 33330 Gütersloh

Quelle: Otto Bock DIALOG - MESSE SPECIAL 09/2011