verbraucherzentrale
Nordrhein-Westfalen

Hilfsmittelversorgung: Ihre Rechte

Behindertenpolitisches Netzwerk Dortmund 08.10.2018

Verena Querling, Referentin Pflegerecht

Was erwartet Sie heute?!

- Worauf sollte man bei der Antragstellung achten?
- Wie entscheidet die Krankenkasse?
- Widerspruch und Klage: wie geht das?
- Fristen für die Krankenkasse
- Neues Urteil von BSG und anderen Gerichten
- Beispiele für Formulierung von Anträgen

Der richtige Weg zum Hilfsmittel

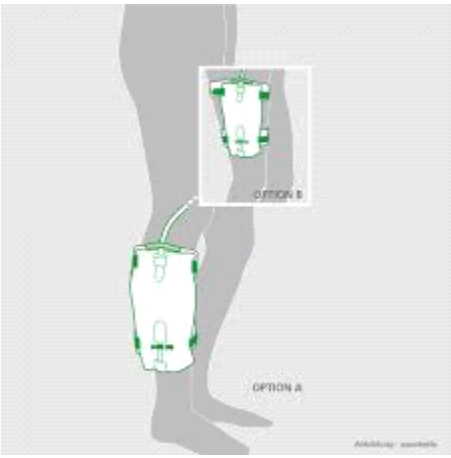
- Arztbesuch, intensive Besprechung und Beratung über den Bedarf; Darstellung von Einschränkungen und

  Alltagsproblemen (Herausforderung für den Arzt)

Foto: Peter Kögler/ Fotolia.com

- Verordnung des Arztes ist die Grundlage des Antrags Präzises Ausfüllen und individuelle Begründung (auch Benennung eines konkretes Hilfsmittels mit entsprechender Hilfsmittelnummer)
- Vertragspartner der Krankenkasse erfragen, der schickt in der Regel den Antrag an die Krankenkasse

Hilfsmittel im Üerblick



Hilfsmittel im Überblick

Weitere Ansichten: 1 | 2 Zoom

Passende Artikel finden Sie hier

Hörhilfe

Menge	Bestellnummer	Preis
1	5019.775.405	19,95 €

✔ sofort lieferbar

inkl. gesetzlicher MwSt.
zzgl. Versandkosten

in den Warenkorb

Das ist Musik in Ihren Ohren!
Endlich wieder die wunderbaren Songs von Früher hören – so klar und rein wie damals! Die Hörhilfe findet sicher großen "Anklang" bei Ihnen und überzeugt in jeder Tonlage – schließlich verstärkt sie Töne bis zu 40 Dezibel und lässt sich jedem Ohr tragegerecht anpassen. Seniorengerecht, leichter als 10 g, 6 Lautstärkestufen. Inkl. Batterien und handlicher Box.

nur

19,95 €

Wie entscheidet die Krankenkasse?

Kriterien der Krankenkasse für Ihre Entscheidung

- **Hilfsmittel „erforderlich“:**
- Ausreichend
- Wirtschaftlich
- Zweckmäßig

- Verträge mit Leistungserbringern
- Entweder durch Verhandlung oder Ausschreibung

Wie entscheidet die Krankenkasse?

Entscheidung durch Bescheid (Verwaltungsakt)

- Ist das Mittel von Behörden, Ihre Entscheidungen an den Bürger mitzuteilen.
- Der Bürger muss Kenntnis erhalten
- Kann mit Widerspruch angegriffen werden

Wie können Sie sich wehren?

- **Widerspruch**
- einen Monat nach Zugang
- Zugang sollte nachweisbar sein!
- **Klage**
- einen Monat nach Zugang
- Zugang sollte nachweisbar sein!
- **Untätigkeitsklage (sechs Monate nach Antragstellung)**

Foto: Marco2811/Fotolia.com

Wie können Sie sich wehren?

Für alle gilt:

- schriftlich
- nicht per Mail!
- Auch zur Niederschrift bei Gericht möglich
- Gerichtskostenfrei

Vorausetzung für Hilfsmittel

<u>Erforderlich um</u>

- drohende Behinderung vorzubeugen
- den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern
- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen
    - soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind (vgl. § 33 SGB V)

→ Hilfsmittelverzeichnis (34. 000 Hilfsmittel)

Gibt es Fristen für die Krankenkasse?

Krankenkasse (gilt nur für GKV) muss

- innerhalb von 3 Wochen entscheiden
- es sei denn, es ist ein Gutachten erforderlich, dann 5 Wochen
- bei Nichteinhaltung der Frist: schriftliche Begründung und Mitteilung der taggenau bestimmten Fristverlängerung
- andernfalls wird die Genehmigung der Krankenkasse fingiert; die sogenannte Genehmigungsfiktion

Welche rechtliche Grundlage hat das?

- Grundlage ist § 13 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

- Wichtig: berechnen Sie die Frist vorsichtig, sonst bleiben Sie möglicherweise auf Kosten sitzen (Tag des Zugangs zählt nicht!)

Welche rechtlichen Grundlagen hat das?

Beispiel:
Sie stellen bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag. Mit einem Freund werfen Sie diesen Antrag am 9. Januar 2018 ein. Die Frist beginnt am 10. Januar 2018 zu laufen. Die dreiwöchige Frist endet am 31. Januar 2018 und die fünfwöchige Frist am 14. Februar 2018 jeweils um 24 Uhr.

Ziel des Gesetzgebers

Der Gesetzgeber schützt mit der Regelung bewusst das Interesse aller Berechtigten an zeitgerechten Entscheidungen der Krankenkassen.

Auch für mittellose Versicherte – die Krankenkasse trägt das finanzielle Risiko-, denn die fingierten Genehmigungen sind fast nicht aufhebbar.

Genehmigungsfiktion

1. Beantragt ein Versicherter, ihm eine bestimmte Krankenbehandlung zu gewähren, die er für erforderlich halten darf, und
2. entscheidet die Krankenkasse hierüber nicht fristgerecht,
3. ohne ihm hinreichende Gründe hierfür mitzuteilen, gilt die Leistung als genehmigt.

Genehmigungsfiktion

- Wirkung wie eine normale Genehmigung der Leistung durch Verwaltungsakt.
- dem Versicherten steht unmittelbar ein Anspruch auf Versorgung mit der Leistung zu
- Anspruch auf: Naturalleistung oder bei Selbstbeschaffung in Form von Kostenerstattung

Strittig: Geltungsbereich

Alle ? :

1. Senat

Hilfsmittel und Krankenbehandlungen, wenn

- die Leistung nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der Krankenkassen liegen, auch wenn dies eigentlich keine Leistungen der GKV sind
- der Versicherter die Leistung für erforderlich halten darf (zum Beispiel aufgrund eines fachlichen Rats)

3. Senat

Anwendungsbereich dieser Vorschrift wird nach § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V für Leistungen **zur medizinischen Rehabilitation** insgesamt nicht eröffnet

3. Senat

Anspruch auf Versorgung mit einem Therapie-Dreirad - Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V –

ausgeschlossen

Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln - hier: **Definitiv-Unterschenkelprothese mit einem Prothesenfuß proprio foot® -**

Ausgeschlossen

3. Senat

Anspruch auf Versorgung mit einem Elektrorollstuhl - Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V – Ausgeschlossen

Kein Zusammenhang zwischen dem Einsatz des Hilfsmittels und einer andauernden, auf einem ärztlichen Therapieplan beruhenden Behandlung

Sie werden überwiegend zur Teilhabe eingesetzt.

Begründung des 3. Sentas

Hilfsmittel der GKV zur Vorbeugung vor Behinderung und zum Behinderungsausgleich (§ 33 Abs 1 S 1 Var 3 SGB V) gehören –

anders als Leistungen, die der Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung dienen (§ 33 Abs 1 S 1 Var 1 SGB V) –

zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Genehmigungsfiktion im Rehabilitations- und Teilhaberecht SGB IX

Rehabilitations- und Teilhaberecht sieht für Menschen mit Behinderungen seit dem 01.01.2018 eine Frist von zwei Monaten vor, innerhalb der die Rehabilitationsträger über einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe entscheiden müssen (§ 18 Abs. 1 SGB IX). Erfolgt keine begründete Mitteilung, weshalb eine Entscheidung innerhalb der Frist nicht möglich ist, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 18 Abs. 3 SGB IX).

Was bedeutet das für Sie?

Der Antrag wird fiktiv bewilligt, wenn:

- der Inhalt des Antrags für eine Genehmigung ausreicht: Inhalt entscheidend! (Präzise Benennung) „hinreichend bestimmter Antrag“
- Das Behandlungsziel muss hinreichend klar sein um die Umsetzung durch den Arzt zu ermöglichen

(Beratung durch den Arzt erforderlich!)

Was bedeutet das für Sie?

- Aufhebung der Genehmigung ist nur noch unter engen Voraussetzungen möglich

- Sie können sich das beantragte Hilfsmittel selbst beschaffen (Kostenerstattung oder Naturalleistung verlangen!)

- Aber nur Hilfsmittel zur Sicherung des Behandlungserfolges?

Was ist zu tun?

- Genaue Formulierung des Antrags, damit klar ist, was fiktiv bewilligt wurde.
- Die Frist beginnt jeweils mit Antragseingang.
- Hier zählt der vollständige Antrag, nicht wenn Unterlagen fehlen oder nachgereicht werden müssen (medizinische Nachfragen zählen nicht, wenn keine Friständerung benannt.)
- Zugang bei der Krankenkasse nachweisbar.
- Antrag auf unbefristete Gewährung des Hilfsmittels.

Mögliche Formulierung von Anträgen

1.) Ich beantrage die dauerhafte Versorgung mit dem Hilfsmittel (genaue Beschreibung mit genauem Modell, oder sogar Hilfsmittelnummer etc.) nebst Verbrauchsmaterialien, abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung.

2.) hilfsweise beantrage ich die Versorgung mit dem Hilfsmittel (genaue Beschreibung mit genauem Modell, oder sogar Hilfsmittelnummer etc.) nebst Verbrauchsmaterialien, abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung, für einen Zeitraum von sechs Monaten.

Urteile vom BSG

Aktenzeichen B 1 KR 15/17 R und B 1 KR 24/17 R

Urteil vom BSG Urteil vom 8.3.2016, B 1 KR 25/15 R

BSG 3. Senat; Akz. B 3 KR 12/17 R; Urteil vom: 15.03.2018

Fälle aus der Praxis

LSG Hessen 1. Akz. L 1 KR 211/15 Urteil vom: 9.11.2017

Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger die Kosten der Umversorgung einer Oberschenkelprothese mit C-Leg-Prothesensystem in eine Oberschenkelprothese nach dem EX. Prothetic System von E. i.H.v. 26.196,87 EUR zu zahlen.

Foto: eb-picture/Fotolia.com

Fälle aus der Praxis

LSG Berlin-Brandenburg 1. Senat Akz.:L 1 KR 438/15, Urteil vom: 07.07.2017

Die Beklagte wird unter Abänderung des Bescheides vom 17. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. März 2014 verurteilt, dem Kläger 869,24 EUR zu zahlen.

Fälle aus der Praxis

LSG Baden-Württemberg, Akz.:L 11 KR 2703/16

Urteil vom: 27.06.2017

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Versorgung mit einem LifeVest-System nur für die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Indikationsbereiche. Eine Versorgung für einen noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis genannten Indikationsbereich stellt eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar.

Fälle aus der Praxis

BSG Akz: B 3 KR 3/16 R vom 30. 11. 2017.

keinen Anspruch auf Aufnahme des Speedy Duo 2 ins HMV, weil es sich nicht um ein von der Leistungspflicht der GKV umfasstes Hilfsmittel iS von § 139 Abs 1 S 2 SGB V handelt.

Fälle aus der Praxis

BSG; Akz.: B 3 KR 4/17 R, Urteil vom 16.03.2018

Versicherte, die von ihrer Krankenkasse mit Inkontinenzmaterial versorgt werden, können nicht auch die Erstattung der Kosten für dessen Entsorgung verlangen. Aus Rechtsgrundlagen für Hilfsmittel ergebe sich kein Anspruch auf Beteiligung an den Entsorgungskosten.

Wo finden Sie Unterstützung?

Verbraucherzentrale NRW
Beratungsstelle Düsseldorf
Immermannstr. 51
40210 Düsseldorf

Telefon: 0211 7106490

- Die Krankenkasse hat meinen Antrag abgelehnt. Kann ich mich wehren?
- Durchführung von Widersprüchen.
- Kann ich meine Krankenkasse wechseln?
- Was muss ich beim Arzt, Apotheker oder Krankenhaus zuzahlen?
- Muss ich individuelle Gesundheitsleistungen bezahlen?
- Kann ich meine Krankenakten einsehen?
- Wie lange bekomme ich Krankengeld?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

verbraucherzentrale
Nordrhein-Westfalen

Impressum:

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V.
Mintropstr. 27 • 40215 Düsseldorf