



Öffentliches Baurecht



Umweltrecht



Vergaberecht



Immobilienrecht



Sozialrecht

## ***FACHINFO:***

# **Hilfsmittel von der gesetzlichen Krankenversicherung**

**2018**

**Jürgen Greß**  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Sozialrecht

Hoffmann & Greß Rechtsanwälte PartGmbH  
Fürstenrieder Straße 281  
81377 München

Telefon: (0 89) 76 73 60 70  
Telefax: (0 89) 76 73 60 88

[info@hoffmann-gress.de](mailto:info@hoffmann-gress.de)  
[www.hoffmann-gress.de](http://www.hoffmann-gress.de)

## Hilfsmittel von der gesetzlichen Krankenversicherung

### - Welche Leistungen stehen dem Patienten zu und wie kann er seine Rechte durchsetzen -

Gerade in letzter Zeit zeigt sich immer mehr, dass verschiedene Krankenkassen Anträge auf Versorgung mit Hilfsmitteln nur noch sehr schleppend bearbeiten oder ganz ablehnen. Zum Teil konnten versicherte Personen sogar den Eindruck gewinnen, dass Anträge auf Hilfsmittel im ersten Anlauf regelmäßig abgelehnt werden. Die folgenden Hinweise sollen Sie bei der Beantragung und der effektiven Durchsetzung von Hilfsmitteln unterstützen und Ihnen Mut machen.

Zunächst werden im Folgenden die rechtlichen Grundlagen und Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln dargestellt. Anschließend folgen praktische Hinweise für die Antragstellung und die effektive Durchsetzung.

#### I. Rechtliche Grundlagen

Versicherte Personen haben gegenüber den Krankenkassen einen Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen (§ 33 Abs. 1 SGB V).

Als Hilfsmittel kommen beispielsweise in Betracht Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke (Prothesen), Mobilitätshilfen (Rollstühle, Therapie-Tandem) und Kommunikationshilfsmittel (elektronische Kommunikationshilfen, behinderungsbedingte Zusatzausstattungen von PC). Der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung umfasst immer auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels. Darüber hinaus ist die Versorgung mit der zum Betrieb erforderlichen Energie (bei Elektrorollstühlen die Kosten für den Ladestrom) eingeschlossen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam ein Hilfsmittelverzeichnis erstellt, in dem die Produkte aufgelistet sind, die erstattet werden (§ 139 SGB V). Das Hilfsmittelverzeichnis ist jedoch keine Positivliste, sondern gilt nur als unverbindliche Empfehlungsliste. Daher können im Einzelfall auch nicht aufgelistete Produkte erstattungsfähig sein.

#### 1. Was prüft die Krankenkasse bei der Genehmigung eines Hilfsmittels?

##### a) Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens

Der Gegenstand muss speziell für die Bedürfnisse behinderter Menschen konstruiert sein und nur von Menschen mit Behinderung eingesetzt werden. PC's in Normalausstattung sind Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, anders behinderungsbedingte Sonderausstattungen von PC's.

##### b) Erforderlichkeit

Das Hilfsmittel muss **im Einzelfall erforderlich** sein, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Die Rechtsprechung unterscheidet dabei Hilfsmittel zum unmittelbaren oder mittelbaren Ausgleich der Behinderung.

Unmittelbarer Ausgleich = Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion selbst (z. B. Hörgerät, Prothese, C-Leg)  
Die Erforderlichkeit des Hilfsmittels ist in diesen Fällen regelmäßig zu bejahen.

Mittelbarer Ausgleich = Zweck des Hilfsmittels ist es, die direkten und indirekten Folgen der Behinderung auszugleichen (z. B. Rollstuhl).  
Die Krankenkasse schuldet hier nur den Basisausgleich von Behinderungsfolgen (vgl. nachfolgend Ziffer 2.).

### c) Wirtschaftlichkeit

Ein Hilfsmittel ist unwirtschaftlich, wenn ein kostengünstigeres oder zumindest geeigneteres Hilfsmittel zur Verfügung steht. Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit eines Hilfsmittels hat die Krankenkasse danach zu klären, ob nicht ein kostengünstigeres oder zumindest geeigneteres Hilfsmittel zur Verfügung steht. Es empfiehlt sich daher, bereits bei der Antragstellung durch entsprechende ärztliche Gutachten darzulegen, dass aufgrund der speziellen Erkrankung bzw. Behinderung ausschließlich das beantragte Hilfsmittel geeignet ist. Auf diese Weise wird es der Krankenkasse zumindest erschwert, den Antrag unter Hinweis auf eine kostengünstigere Alternativlösung abzulehnen.

## 2. **Gibt es einen Anspruch auf die bestmögliche Versorgung**

Ein **Anspruch** auf eine bestmögliche Versorgung besteht, wenn das Hilfsmittel die Ausübung der beeinträchtigten Körperfunktion selbst ermöglicht, ersetzt oder erleichtert (unmittelbarer Behinderungsausgleich). Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs ist die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich von dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten 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 gesunden Menschen erreicht ist. Keine Leistungspflicht besteht nur für solche Innovationen, die nicht die Funktionalität, sondern in erster Linie die Bequemlichkeit und den Komfort betreffen oder wenn einer nur geringfügigen Verbesserung des Gebrauchsnutzens ein als unverhältnismäßig einzuschätzender Mehraufwand gegenübersteht.

**Kein** Anspruch auf die bestmögliche Versorgung besteht jedoch dagegen im Bereich des mittelbaren Behinderungsausgleichs. Die Krankenkasse schuldet nur den **Basisausgleich** von Behinderungsfolgen. „... es geht nicht um einen Ausgleich im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen ...“, so das BSG.

Bei Mobilitätshilfen zum mittelbaren Behinderungsausgleich schuldet die Krankenkasse nur ein Hilfsmittel zur Erschließung des Nahbereichs um die Wohnung. Ausgeschlossen sind Hilfsmittel zur sportlichen Fortbewegung oder zur Erweiterung des Aktionsraums.

Daher besteht nach der Rechtsprechung regelmäßig kein Anspruch auf Rollstuhl-Ladeboy, schwenkbaren Autositz, behinderungsgerechten PKW-Umbau, Rollstuhl-Bike, Therapie-Tandem und Therapie-Dreirad, besonders ausgestattete Sportrollstühle (BSG, Urteil vom 18.05.2011 - B 3 KR 10/10 R).

**Aber:** Die Versorgung mit einem Therapedreirad kann beansprucht werden, wenn es zum Zwecke der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung erforderlich ist, und wenn ebenso wirksame, aber wirtschaftlich günstigere Alternativen als das Training mit dem Dreirad nicht zur Verfügung stehen (BSG, 07.10.2010 - B 3 KR 5/10 R).

**Ausnahmen:** Die Rechtsprechung bejaht ausnahmsweise eine Einstandspflicht der Krankenkasse für Mobilitätshilfen zum mittelbaren Behinderungsausgleich bei Kindern und Jugendlichen dann, wenn dies entweder zum Schulbesuch oder zur Integration in der kindlichen und jugendlichen Entwicklungsphase erforderlich ist, u. a. Faltrollstuhl für den Schulweg, behinderungsgerecht ausgestatteter PC, alle diejenigen Hilfsmittel, die eine Teilnahme an den allgemein üblichen Freizeitbetätigungen Gleichaltriger ermöglichen sollen, z. B. Rollstuhl-Bike (BSG; Urteil vom 18.05.2011 - B 3 KR 10/10 R).

### **Tipp:**

Wenn kein Anspruch auf das Hilfsmittel gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, sollte nicht vergessen werden, einen möglichen Anspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger zu prüfen. Das Bundessozialgericht hat bestätigt, dass Hilfsmittel, die der sozialen Rehabilitation gemäß § 55 Abs. 2 SGB IX dienen, auch als Leistungen der Eingliederungshilfe beansprucht werden können. Als mögliche Leistung der Eingliederungshilfe hat das Bundessozialgericht folgende Hilfsmittel beurteilt:

Kosten von Batterien für Hörgeräte, Kosten für einen behindertengerechten Umbau eines PKW, Rollstuhlverladesystem. Allerdings gelten die Einkommens- und Vermögensfreigrenzen der Sozialhilfe.

### **3. Wann besteht die Möglichkeit der Selbstbeschaffung eines Hilfsmittels mit anschließender Kostenerstattung?**

In Ausnahmefällen kann der Versicherte ein Hilfsmittel selbst beschaffen und die Kosten gegenüber der Krankenkasse geltend machen (§ 13 Abs. 3 SGB V und § 15 Abs. 1 SGB IX). Da das Sachleistungsprinzip gilt, muss zunächst ein Antrag für das Hilfsmittel bei der Krankenkasse gestellt und die Entscheidung abgewartet werden. Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur dann, wenn der Antrag vorher von der Krankenkasse abgelehnt worden ist oder die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (§ 13 Abs. 3 SGB V).

Bei einer Selbstbeschaffung hat die Krankenkasse nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V die Kosten "in der entstandenen Höhe" zu erstatten, wenn die Leistung notwendig war. Derjenige, der sich die beantragte Leistung selbst beschafft, trägt also somit das Risiko, dass keine Leistungspflicht besteht und, dass die Kosten der Selbstbeschaffung nicht als notwendig anerkannt werden.

Zum Anwendungsbereich der Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3a SGB V:

Krankenkassen müssen über Anträge innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang entscheiden. Sofern ein Gutachten erforderlich ist, haben die Krankenkassen innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrages zu entscheiden, ob die Leistung bewilligt wird. Kann die Krankenkasse diese **Frist nicht einhalten**, muss sie den Versicherten rechtzeitig und in schriftlicher Form mit einer „nachvollziehbare Begründung“ **informieren**. Eine „nachvollziehbare Begründung“ ist nicht gegeben bei Gründen, die in den Verantwortungsbereich der Krankenkasse fallen wie z. B. Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung. Erfolgt nach Ablauf der Frist keine schriftliche Begründung, **gilt der Antrag als bewilligt**. Der Versicherte kann sich dann die erforderliche Leistung selbst beschaffen und von der Kasse Kostenersatz verlangen.

Die Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V zur Genehmigungsfiktion gelten jedoch für Leistungen der Krankenversicherung mit Ausnahme der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Damit gilt die Genehmigungsfiktion nicht für Hilfsmittel zur Vorbeugung von Behinderung und zum Behinderungsausgleich (Entscheidungen des BSG vom 15.3.2018, Az. B 3 KR 4/16 R; B 3 KR 18/17 R; B 3 KR 12/17 R). Anders als Hilfsmittel, die der Sicherung eines Erfolgs der Krankenbehandlung dienen, werden sie in erster Linie nicht mit dem Ziel eingesetzt, auf die Krankheit einzuwirken, sondern hauptsächlich mit dem Ziel, die damit verbundene Teilhabebeeinträchtigung eines Menschen mit Behinderung auszugleichen oder zu mildern.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und damit auch für Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation gelten jedoch die Fristenregelungen und Regeln zur Selbstbeschaffung für Leistungen zur Teilhabe gemäß § 18 SGB IX. Das Teilhaberecht sieht seit dem 1.1.2018 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).

## **II. Praktische Hinweise für die Antragstellung und Durchsetzung von Hilfsmitteln**

### **1. Die Antragstellung:**

Anträge auf Versorgung mit einem Hilfsmittel sind bei der eigenen Krankenkasse zu stellen. Es empfiehlt sich dringend, den Antrag schriftlich einzureichen.

Sollten Sie nicht innerhalb von etwa 3 bis 4 Wochen eine Antwort oder Entscheidung der Krankenkasse erhalten haben, empfiehlt es sich, telefonisch nachzufassen und abzuklären, aus welchen Gründen es zu einer Verzögerung bei der Bearbeitung des Antrages kommt. Selbst wenn die Krankenkasse zur

Prüfung der Notwendigkeit eines Hilfsmittels ein Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenkasse einholt, sollte sich die Bearbeitung nur um wenige Woche verzögern.

Wenn über den Antrag nicht innerhalb von 6 Monaten entschieden worden ist, besteht die Möglichkeit, **Untätigkeitsklage** (gemäß § 88 SGG) beim Sozialgericht zu erheben. Klageverfahren vor den Sozialgerichten können jedoch im Bereich der Hilfsmittelversorgung erfahrungsgemäß einen Zeitraum von 1 bis 1 ½ Jahren (bereits nur für die 1. Instanz) in Anspruch nehmen.

Bei Eilbedürftigkeit besteht die Möglichkeit, im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes den **Erlas einer einstweiligen Anordnung** – „**ERSTE-HILFE**“ (nach § 86 b SGG) beim Sozialgericht zu beantragen, um die Krankenkasse zur vorläufigen Ausstattung mit dem beantragten Hilfsmittel zu verpflichten. Voraussetzung für den Erlass einer einstweiligen Anordnung ist, dass der Antragsteller ohne die baldige Ausstattung mit dem Hilfsmittel Nachteile zu erwarten hätte, die unzumutbar und nicht mehr zu beseitigen wären.

## 2. Der Ablehnungsbescheid:

Gegen einen Ablehnungsbescheid kann innerhalb eines Monats **Widerspruch** bei der Krankenkasse schriftlich oder zur Niederschrift eingelegt werden. Sollte in dem Bescheid bzw. dem ablehnendem Schreiben der Krankenkasse nicht ordnungsgemäß darauf hingewiesen sein, dass innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden muss, beträgt die Widerspruchsfrist ein Jahr.

Der Widerspruch sollte eingehend, am Besten mit fachkundiger Hilfe, begründet werden. **Die Erfahrung zeigt, dass dann im Widerspruchsverfahren häufig doch noch, trotz vorheriger Ablehnung, die Versorgung mit dem Hilfsmittel erreicht werden kann.**

Sollte über den eingelegten Widerspruch nicht innerhalb von drei Monaten entschieden werden, besteht die Möglichkeit, **Untätigkeitsklage** beim Sozialgericht einzulegen. Im Falle der Eilbedürftigkeit besteht wiederum die Möglichkeit, den **Erlas einer einstweiligen Anordnung** beim Sozialgericht zu beantragen.

## 3. Der Widerspruchsbescheid:

Sollte die Kostenübernahme für das Hilfsmittel in dem Widerspruchsbescheid weiterhin abgelehnt werden, kann gegen den Widerspruchsbescheid innerhalb einer Frist von einem Monat vor dem Sozialgericht **Klage** erhoben werden. Klageverfahren vor den Sozialgerichten können jedoch erfahrungsgemäß einen Zeitraum von deutlich über einem Jahr (bereits nur für die 1. Instanz) in Anspruch nehmen. Im Falle der Eilbedürftigkeit sollte daher wiederum an die Möglichkeit gedacht werden, den Erlass einer **einstweiligen Anordnung** beim Sozialgericht zu beantragen.

Das Gerichtsverfahren vor dem Sozialgericht ist grundsätzlich kostenfrei. Es fallen keine Gerichtsgebühren an und ein eventuell erforderliches Sachverständigen Gutachten wird in der Regel ebenfalls von der Staatskasse getragen. Für den Fall der Klageabweisung hat der Kläger nur seine eigenen Anwaltskosten zu tragen. Zur effektiven Durchsetzung seiner Ansprüche empfiehlt sich wegen der schwierigen und komplexen Rechtsmaterie dringend die Hinzuziehung eines fachkundigen und erfahrenen Rechtsanwaltes. Durch eine entsprechende Rechtsschutzversicherung lässt sich dieses Kostenrisiko weitgehend absichern.

## 4. Fazit:

- a) Leistungen der Krankenkassen erfolgen nur auf Antrag. Dringend empfehlenswert ist die Stellung eines schriftlichen Antrages auf Ausstattung mit einem Hilfsmittel. Lassen Sie sich nicht mit der Aussage abwimmeln, ein Antrag hätte sowieso keine Aussicht auf Erfolg!
- b) Nehmen Sie nicht hin, wenn die Krankenkasse Ihren Antrag nicht oder nur schleppend bearbeitet. Fassen Sie telefonisch oder auch schriftlich nach und erfragen Sie zumindest die Gründe für die Verzögerung.
- c) Kämpfen Sie nicht alleine gegen die Krankenkasse, sondern holen Sie sich frühzeitig Rat und Unterstützung bei entsprechenden Beratungsstellen oder bei spezialisierten Rechtsanwälten.

- d) Scheuen Sie sich nicht, Ihre Ansprüche notfalls vor Gericht durchzusetzen, wenn Sie von der Krankenkasse dazu gezwungen werden. Aus Angst vor vermeidlichen Konsequenzen wird leider häufig kein Widerspruch oder keine Klage eingelegt. Lassen Sie sich bitte nicht entmutigen und einschüchtern. Nur wenn Sie sich zur Wehr setzen, können Sie für sich und andere Betroffene die Ihnen zustehenden Leistungen der Krankenversicherung sichern.

***Sie fallen der Krankenkasse nicht zur Last,  
sondern beanspruchen nur das,  
was Ihnen von Rechts wegen zusteht!***

© **Rechtsanwalt Jürgen Greß**  
**Fachanwalt für Sozialrecht**  
Hoffmann & Greß Rechtsanwälte PartGmbH  
München