

Serie: Hilfsmittelversorgung in der Praxis – III

# Wann ist ein Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich?

HACKSTEIN REUTER RECHTSANWÄLTE, DORTMUND

Im vorangegangenen Artikel (MTD 1/2024, S. 17) haben wir uns mit der Frage beschäftigt, was genau eigentlich ein Hilfsmittel ist. Nachdem diese Frage nun geklärt wurde, beantwortet der jetzige Beitrag die Frage, wann ein Hilfsmittel im Einzelfall als erforderlich zu bewerten ist.

Das Gesetz spricht im Rahmen des § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V davon, dass das Hilfsmittel „im Einzelfall“ erforderlich sein muss, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Was genau damit gemeint ist, wird im Gesetz jedoch nicht weiter konkretisiert.

## Objektive Erforderlichkeit

Das Bundessozialgericht hat in verschiedenen Urteilen (z. B. Urteil vom 15.3.2012, B 3 KR 2/11 R) zu der Frage der Erforderlichkeit Stellung genommen und klargestellt, dass zunächst eine objektive Eignung und Notwendigkeit des begehrten Hilfsmittels zur Erreichung der Versorgungsziele – Krankenbehandlung und Behinderungsausgleich – gegeben sein muss (sog. objektive Erforderlichkeit). Eine objektive Geeignetheit ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts anzunehmen, „wenn die Mehrheit der einschlägigen Fachleute seine objektive Eignung zur Erreichung des jeweiligen Versorgungsziels befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, insoweit Konsens besteht“ (BSG, Urteil vom 15.3.2012, B 3 KR 2/11 R).

## Subjektive Erforderlichkeit

Erst wenn das Hilfsmittel in diesem Sinne objektiv erforderlich ist, wird weiter geprüft, ob es für die einzelne versicherte

Person auch notwendig ist (sog. subjektive Erforderlichkeit). Mit dem Begriff notwendig wird beschrieben, dass das Hilfsmittel unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse der versicherten Person „zwangsläufig, unentbehrlich oder unvermeidbar“ ist (BSG, Urteil vom 08.06.1994, 3/1 RK 13/93). Keine Unentbehrlichkeit würde beispielsweise vorliegen, wenn ein vergleichbares Hilfsmittel bereits vorhanden wäre.

Im dritten Schritt wird dann die Wirtschaftlichkeit der begehrten Versorgung geprüft. Das Hilfsmittel muss im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsmittelversorgungen wirtschaftlich sein. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist gesetzlich auch in § 12 Abs. 1 SGB V geregelt.

## Produktart wird verordnet, Produkt wählt der Leistungserbringer

Hilfsmittel werden durch den behandelnden Arzt verordnet. Der Inhalt der Verordnung wird in § 7 der Hilfsmittel-Richtlinie konkretisiert. Wird ein Hilfsmittel verordnet, welches im Hilfsmittelverzeichnis (HMV) aufgeführt ist, kann entweder die Produktart entsprechend dem HMV genannt oder aber die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. Das konkrete Einzelprodukt, welches durch die 10-stellige Positionsnummer bezeichnet wird, wird grundsätzlich vom ausgewählten Leistungserbringer ausgewählt. Nur im Einzelfall kann durch den

verordnenden Arzt ein konkretes Einzelprodukt verordnet werden. In diesem Fall ist eine entsprechende Begründung für die Verordnung durch den Arzt erforderlich.

## In der Regel Genehmigungspflicht

Dabei ist weiter zu beachten, dass eine ärztliche Verordnung nicht automatisch die Erforderlichkeit der Versorgung mit dem Hilfsmittel begründet. Denn Hilfsmittelversorgungen unterliegen der Genehmigungspflicht, soweit nicht ausnahmsweise in Verträgen nach § 127 SGB V z. B. Genehmigungsfreigrenzen vereinbart wurden. Die ärztliche Verordnung wird zusammen mit dem Kostenvoranschlag des ausgewählten Leistungserbringers (z. B. Sanitätshaus) bei der Krankenkasse eingereicht.

## Erforderlich und wirtschaftlich

Mit der Einreichung beginnt das Antragsverfahren bei der Krankenkasse. Diese prüft, ob die Voraussetzungen zur Versorgung mit dem Hilfsmittel vorliegen, es sich also um ein Hilfsmittel handelt, welches im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich ist. Der Prüfungsmaßstab der Krankenkasse beinhaltet somit zwei Schritte: Zunächst muss die Krankenkasse ausgehend von der beantragten Versorgung prüfen, ob diese Versorgung erforderlich ist. Wenn die Erforderlichkeit bejaht wird, prüft die Krankenkasse weiter, ob die Versorgung auch wirtschaftlich ist. <