verbindliche "Preisgestaltung". Laut Krankenkassen könnten die Anbieter eine Grundversorgung mit benötigten Hilfsmitteln zu den jetzt vereinbarten "Festpreisen" ohne Schwierigkeiten erbringen.

Hierzu stellt der Bundesinnungsverband fest:

1.) Nicht Sanitätshäuser oder Orthopädietechniker haben ihre Preise erhöht, sondern die Krankenkassen haben mit der Einführung bundesweiter Festbeträge die Erstattung für ihre Versicherten einseitig abgesenkt. Die neuen Festbeträge unterschreiten die vorher geltenden Vereinbarungen bzw. landesweiten Festbeträge um bis zu 50 Prozent.

2.) Krankenkassen haben die Möglichkeit, Preisvereinbarungen mit Leistungserbringern wie z.B. Sanitätshäusern abzuschließen. In diesen Fällen muss jedes Sanitätshaus zum Vertragspreis liefern. Geht die Krankenversicherung den Weg, Festbeträge festzusetzen, berührt dies die Abgabepreise der Betriebe nicht. Die Festbeträge bedeuten lediglich eine Absenkung der Erstattung durch die Krankenkassen im Verhältnis zu ihren eigenen Versicherten.

3.) Im Vorfeld der Festbetragsfestsetzung haben alle maßgeblichen Verbände von Leistungserbringern auf Bundesebene und Landesebene darauf hingewiesen, dass zu den neuen Festbeträgen eine aufzahlungsfreie Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Bereits damals kritisierten die Verbände der Leistungserbringer die neuen Festbeträge als viel zu niedrig.

4.) Vereinzelt wurde die Forderung erhoben, wenigstens ein Hilfsmittel zum Festbetrag abzugeben. Damit - so die Krankenkassen - wäre eine Grundversorgung sichergestellt. Mit einer solchen Regelung könnten zwar Krankenkassen behaupten, dass sie eine Versorgung zum Festbetrag sichergestellt hätten. Nach der gesetzlichen Regelung und den Ansprüchen der Versicherten haben Krankenkassen aber alle notwendigen Hilfsmittel als Sachleistung zur Verfügung zu stellen. Das Bundesverfassungsgericht fordert, dass Festbeträge so festgesetzt werden müssen, dass Patienten in der Regel nicht zuzahlen müssen. Es geht nicht um eine Grundversorgung, sondern um das medizinisch Notwendige. Die Behauptung, eine Grundversorgung sei zum Festbetrag sicherzustellen, widerspricht den gesetzlichen Vorgaben aus dem SGB V. Sanitätshäuser sind nicht dazu da, eine Mangelversorgung zu verschleiern. Sanitätshäuser sollen die Produkte, die von den Patienten benötigt werden, zur Verfügung stellen. Wenn ein Patient ein Hilfsmittel benötigt und der Festbetrag für die Beschaffung nicht ausreicht, hat der Patient ohnehin einen weitergehenden Zahlungsanspruch gegen seine Krankenkasse. Dies ist die Rechsprechung des Bundesverfassungsgerichtes als auch des Bundessozialgerichtes.

Die gesetzliche Krankenversicherung sollte entweder zu Vertragslösungen zurückfinden oder Festbeträge so festsetzen, dass eine Versorgung nach den gesetzlichen Vorgaben sichergestellt werden kann.

Hilfsmittel von Krankenkassen

Die Kassen müssen Hilfsmittel auch außerhalb des Hilfsmittelkataloges bezahlen

(mdr) Prothesen, Orthesen, Epithesen, Bandagen, Einlagen, Gehhilfen, Rollstühle, Inkontinenz-, Kompressions- und Stomahilfsmittel - das alles sind medizinische Hilfsmittel, die Patienten im Notfall von ihren Krankenkassen erwarten. Grundsätzlich müssen diese von einem Vertragsarzt für einen Patienten verordneten und damit als medizinisch notwendig erachteten Hilfsmittel von der Krankenkasse getragen werden. Trotzdem werden viele ärztliche Verordnungen von den Krankenkassen einfach abgelehnt. Als Grundlage wird dafür der so genannte Hilfsmittelkatalog angegeben. Ist dort ein Hilfsmittel nicht aufgeführt, dann fühlt sich die Krankenkasse mit einer Kostenablehnung im Recht.

Hilfsmittel sind laut § 33 Sozialgesetzbuch V auch Medizinprodukte. Diese unterliegen bezüglich der Produktzulassung den EU-Richtlinien. Das Medizinprodukte-Gesetz (MPG) gilt in Deutschland aufgrund einer Umsetzung der EU-Richtlinie. Wird ein Hilfsmittel (Ausnahme: Einzelanfertigung) nach dem Medizinprodukte-Gesetz erstmals im EU-Gebiet in den Verkehr gebracht und erhält es ein CE-Zeichen, ist das Hilfsmittel im ganzen EU-Gebiet als Medizinprodukt und somit auch in Deutschland als Hilfsmittel zugelassen.

Der Streit über die Kostenübernahme von Hilfsmitteln entsteht aufgrund der unterschiedlichen Ansichten über die Wirkung des Hilfsmittelkataloges, in dem die Produkte beschrieben werden. Die Krankenkassen aber nutzen das Verzeichnis, um für alles, was nicht in der Liste steht, eine Kostenübernahme zu verweigern. Sozialgerichte, bis hin zum Bundessozialgericht (Urteil vom 6.6.2002, AZ: B3 KR68/01 R), vertreten durch ständige Rechtsprechung die Auffassung, dass das Hilfsmittelverzeichnis nur eine Krankenkassen-interne Richtlinie ist, die für Gerichte und den Anspruch des Versicherten nicht verbindlich ist. Unzulässig ist daher grundsätzlich eine Ablehnung der Kostenübernahme eines Hilfsmittels auf Grund fehlenden Eintrags im Verzeichnis.

Tipp: Legen Sie Widerspruch ein, wenn Ihre Krankenkasse die Kostenübernahme mit dieser Begründung ablehnt! Fordern Sie die Kostenübernahme mit Verweis auf die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Wenn nötig, suchen Sie Hilfe bei einem Fachanwalt für Sozialrecht. Bei jeder Anwaltskammer erfahren Sie Anschriften von Fachanwälten für Sozialrecht.