



STELLUNGNAHME

zur Verordnungs- und Abrechnungsfähigkeit Sensomotorischer Einlagen nach neuer PG08



von
JEANNETTE AREND
Konzeptberaterin & Referentin
Fachgebiet Sensomotorik
der SPRINGER AKTIV AG
Tel.: 030/490003-0
arend@springer-berlin.de

Mit der Verabschiedung der neuen PG08 ist auf Seiten der Verordner, der Leistungserbringer und der Patienten eine große Unsicherheit entstanden. Genährt wird diese durch gezieltes In-Umlauf-Bringen von Behauptungen, die einer rechtlichen Prüfung nicht standhalten. Wörtlich heißt es in der neuen PG08:

„Sensomotorische oder propriozeptive Einlagen sind im Hilfsmittelverzeichnis nicht berücksichtigt.“

Klingt negativ, aber was bedeutet es für die Praxis?

Zu den folgenden Fragen liegt eine Expertise von Hartmann Rechtsanwälte vor, die mit diesem Artikel im Einzelnen zugänglich gemacht werden soll.

1. Dürfen weiterhin Sensomotorische Einlagen verordnet werden?

Ja, sensomotorische Einlagen dürfen entgegen jeder anderen Behauptung nach wie vor verordnet werden.

Zitat Hartmann Rechtsanwälte:

„Das Bundessozialgericht führt seit vielen Jahren in ständiger Rechtsprechung aus, dass es sich bei dem Hilfsmittelverzeichnis lediglich um eine unverbindliche Auslegungshilfe handelt, jedoch nicht um einen Positivkatalog.“

Der Gesetzgeber hat dem GKV Spitzenverband keine gesetzliche Ermächtigung gegeben, den Leistungsumfang des Versi-

chertenanspruches nach §33 Abs.1 SGB V festzulegen. Würde eine solche Aussage des GKV-Spitzenverbandes im Hilfsmittelverzeichnis dazu führen, dass bestimmte Produkte nicht verordnungsfähig wären, würde man dem GKV-Spitzenverband die Kompetenz zubilligen, dass er über den Umfang der Leistungspflichten bestimmen kann. Dies ist grundsätzlich falsch. Eine solche Ermächtigung hat der GKV-Spitzenverband nicht ... Grundsätzlich dürfen Ärzte nach wie vor diese (Einlagen) verordnen. (...)

Der BVOU (Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie) hat kürzlich über seine Presseabteilung eine Information an alle Orthopäden herausgegeben. In dieser heißt es sinngemäß, dass Sensomotorische Einlagen nicht zu Lasten der Kostenträger gehen dürfen, Sensomotorische Fußbettungen hingegen schon. Zwar ist es richtig, dass der GKV Spitzenverband in der PG08 unter 1. Definition ausführt, dass Sensomotorische bzw. propriozeptive Einlagen nicht im Hilfsmittelverzeichnis berücksichtigt sind. Allerdings ist die Schlussfolgerung falsch, dass diese nicht rezeptiert werden dürfen.

Zitat Hartmann Rechtsanwälte:

Unabhängig davon ist ggf. auch damit zu rechnen, dass einzelne Krankenkassen ebenso (wie für Sensomotorische Einlagen, Anmerkung der Autorin) für sensomotorische Fußbettungen die Argumentation vertreten, dass der diesbezügliche medizinische Nutzen nicht nachgewiesen sei. Insoweit geht es hier um den Nachweis der Sensomotorik, sodass sich diesbezüglich an der Argumentation der Krankenkassen im Ablehnungsfall kein Unterschied ergeben



würde. Daher kann die nach unserer Auffassung zutreffende Argumentation sich nur darauf stützen, dass das Hilfsmittelverzeichnis nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes gerade nicht abschließend ist und im Ergebnis kein Unterschied zwischen Sensomotorischen Einlagen und Fußbettungen in der rechtlichen Bewertung besteht.

Die Pressemitteilung des BVOU bedarf einer Korrektur. Dies wurde dem Verband mitgeteilt und wird derzeit geprüft.

► **Verordnung weiterhin möglich:** Sensomotorische oder propriozeptive Einlagen oder Fußbettungen handwerklich gefertigt nach Analyse und Abdruck.

2. Hat der Patient Anspruch auf ein solches Hilfsmittel?

Ja, der Patient hat bei entsprechender Verordnung einen Rechtsanspruch auf das in seinem Fall erforderliche Hilfsmittel.

Das Bundessozialgericht entscheidet seit mittlerweile 20jähriger ständiger Rechtsprechung, dass es sich bei dem Hilfsmittelverzeichnis um eine unverbindliche Auslegungshilfe für die Krankenkasse und die Gerichte handelt. Das BSG führt in einem Urteil vom 30.09.2015 (B 3 KR 14/14 R) aus: „Nicht entscheidend für den Versorgungsanspruch ist, ob das begehrte Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis / § 139 SGBV) gelistet ist, denn es handelt sich bei diesem Verzeichnis nicht um eine abschließende Regelung im Sinne einer Positivliste“. Ähnlich führt es der §4 Abs. 1 Hilfsmittelrichtlinie aus.

Daraus folgt laut Hartmann Rechtsanwälte:

„Auch nicht im Hilfsmittelverzeichnis eingetragene Produkte können somit in der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse stehen.“

Entscheidend für den Anspruch des einzelnen Versicherten ist ausschließlich, ob es sich um das im Einzelfall erforderliche Hilfsmittel zum Behindertenausgleich bzw. zur Unterstützung des Erfolgs einer Krankenbehandlung handelt, § 33 Abs. 1 S. 1 SGBV.

► Der Patient hat auf das in seinem Einzelfall erforderliche Hilfsmittel einen Rechtsanspruch und kann diesen auch erstreiten. Dieser gilt auch im Falle einer Ablehnung durch die Krankenkasse. Unabhängig davon, was in der Ablehnungsbegründung als Grund der Entscheidung mitgeteilt wird, muss der Einzelfall medizinisch geprüft werden.

3. Welche Positionsnummer soll genommen werden?

Sensomotorische Einlagen gelten i.d.R. weiterhin als „Sondereinlagen“, die nicht durch das Festbetragsgruppensystem geregelt und deshalb, sofern keine gesonderten Verträge bestehen, nach tatsächlichem Aufwand kalkuliert werden müssen.

► Einige Krankenkassen haben in ihren Verträgen eine eigene Positionsnummer für Sensomotorische Fußbettungen verankert: 08.00.03.07.01.

Ansonsten sollten weiterhin Kostenvorschläge in Anlehnung an die einzige Position geschrieben werden, die nicht unter das Festbetragsgruppensystem fällt: 08.03.07.0

4. Wie verhalten bei Ablehnung?

Der Patient sollte Widerspruch einlegen. Der Leistungserbringer hat die Möglichkeit, seine Patienten im Vorfeld über eine mögliche Ablehnung der Kostenübernahme zu informieren.

Aufgrund unserer Erfahrung wissen wir, dass die wesentlichen Rechtsgrundlagen nicht immer hinlänglich bekannt sind und Versicherte oftmals nicht über die notwendigen Erfahrungen im Umgang mit Behörden verfügen. Deshalb sollte der Patient auch über seine Rechte und Möglichkeiten informiert werden.

Zunächst erhält der Patient nach Beantragung der Sensomotorischen Einlagen durch den Leistungserbringer von seiner Krankenkasse einen sogenannten Bescheid in dem ihm entweder eine Bewilligung oder eine teilweise oder gänzliche Ablehnung mitgeteilt wird.

„Unabhängig von der darin aufgeführten Begründung der Entscheidung hat der Patient das Recht, dem Bescheid innerhalb von einem Monat schriftlich zu widersprechen.“

Auch wenn es sich, anders als bei anderen Hilfsmitteln um einen vergleichsweise geringen Geldwert handelt, sollte der Patient von diesem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, da es – so zeigt die Erfahrung – fast immer zu einer nachträglichen Bewilligung führt.

► **Muster-Widerspruch zum Download für den Patienten:** www.proprio.info ist innerhalb von 1 Monat ausgefüllt und unterschrieben an die Krankenkasse zu schicken. Meist wird der Betrag daraufhin nachträglich vollumfänglich oder teilweise bewilligt.

Die Krankenkasse hat aber auch die Möglichkeit, bei der ablehnenden Haltung zu bleiben und zur Überprüfung den Medizinischen Dienst hinzuzuziehen. Sollte dies geschehen, darf die weiterführende Beurteilung nicht nach Aktenlage erfolgen, sondern nach persönlicher Untersuchung des Patienten. Wird der Widerspruch z.B. mit dem Argument eines fehlenden wissenschaftlichen Nachweises negativ beschieden, hat auch der Patient ein Recht darauf, vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Notwendigkeit der Versorgung feststellen zu lassen. Auch hier muss medizinisch der Einzelfall geprüft werden, nicht die Studienlage.

Sollte die Krankenkasse weiterhin bei ihrer ablehnenden Haltung bleiben, erlässt sie einen Widerspruchsbescheid. Gegen diesen zweiten Bescheid kann der Patient beim Sozialgericht Klage einreichen. Die Verfahren beim Sozialgericht sind für Patienten kostenfrei, es besteht auch kein Anwaltzwang. Allerdings mahlen die Mühlen des Gerichts langsam. Um dem gesundheitlichen Problem des Patienten jedoch Abhilfe zu verschaffen besteht deshalb auch die Möglichkeit, dass der Patient sich das Hilfsmittel privat anschafft, dann seine Krankenkasse zur Erstattung auffordert und ggf. die Kostenübernahme erstreitet.



PROPRIO®

DIE **SENSOMOTORISCHE** EINLAGE

Rezept vom Arzt



Wege, das Recht auf Übernahme der Kosten geltend zu machen

SH/OST an Krankenkasse

Beantragung des Hilfsmittels

MÖGLICHKEIT 1

WENN FRIST OHNE BESCHIED VERSTREICHT, gilt der Antrag als genehmigt. Der Patient sollte schriftlich bei der Kasse eine Bestätigung anfordern, dass wegen Fristablaufs der Antrag als genehmigt gilt.

⌚ **FRIST:** Die Krankenkasse hat 3 Wochen Zeit

Von der Krankenkasse an Patienten

BESCHIED:
▶ ganz oder teilweise abgelehnt

⌚ **FRIST:** 4 Wochen für den Widerspruch

Vom Patienten an die Krankenkasse

WIDERSPRUCH:
▶ schriftlich durch den Patienten
(Formular dazu: www.proprio.info)

MÖGLICHKEIT 2

Die Krankenkasse informiert den Patienten über eine **NACHTRÄGLICHE BEWILLIGUNG**.

⌚ **FRIST:** Eine Frist gibt es nicht.*

(*Der Patient sollte nach 4 Wochen nachfragen. Sollte es länger als 8 Wochen dauern, kann ggf. auf Erteilung eines Entscheides geklagt werden.)

Von der Krankenkasse an Patienten

ENTSCHEID:
Widerspruch wird abgewiesen

MÖGLICHKEIT 3

KLAGEVERFAHREN
Kostenlose Klage beim Sozialgericht ohne Anwaltszwang