

## 2. Kapitel: Der Hilfsmittelanspruch

### A. Einleitung

Vorliegend ist zu untersuchen, welche Bedeutung Medizinprodukten als Hilfsmittel (§ 33 Abs. 1 SGB V) in der gesetzlichen Krankenversicherung zukommt und wann diese in der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, d.h. von der Leistungspflicht der GKV erfasst sind.

Ein besonderes Augenmerk wird auf die Frage zu legen sein, wie sich das Verhältnis von Medizinprodukterecht und SGB V zueinander darstellt und welche „Hürden“ die Medizinprodukte, die gleichzeitig Hilfsmittel sind, nehmen müssen, um von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst zu sein. Dabei ist insbesondere auf das Leistungserbringungsrecht einzugehen.<sup>333</sup> Zuvor werden die allgemeinen Voraussetzungen dargestellt, die erfüllt werden müssen, damit überhaupt Leistungserbringungsrecht eingreift.

Für den Absatz von Medizinprodukten ist es von entscheidender Bedeutung, dass diese vom Leistungsumfang der GKV erfasst werden. Dies zeigt der Umstand, dass ca. 90 % der gesamtdeutschen Bevölkerung im System der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.<sup>334</sup> Die Sparte der Hilfsmittel gem. § 33 Abs. 1 SGB V stand im Jahr 2003 bei der finanziellen Rangfolge von Leistungsarten an fünfter Stelle.<sup>335</sup> Insgesamt wurden in der gesetzlichen Krankenversicherung 2006 Ausgaben in Höhe von 4,5 Mrd. € für Hilfsmittel getätigt.<sup>336</sup>

Die steigende wirtschaftliche und sozialpolitische Bedeutung von Hilfsmitteln spiegelt sich ebenfalls im Ausgabenanteil wider. In den alten Bundesländern ist dieser von 2,8 % im Jahr 1970 auf 7,5 % im Jahr 2004 gestiegen.<sup>337</sup> Eine solch

---

<sup>333</sup> Siehe dazu 3. und 4. Kapitel.

<sup>334</sup> *Werner*, MPR 2002, S. 45; *Schuler-Harms*, VSSR 2005, S. 135 (136). Nach genauen Angaben des BMG (auf der Homepage [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de): Statistiken, Gesetzliche Krankenversicherung, Mitglieder und Versicherte, abgerufen am 31.03.2008) und Angaben des *Statistischen Bundesamtes*, Statistisches Jahrbuch 2007, S. 35, betrug am 31.12.2006 die Einwohnerzahl ca. 82.351.000, wovon 70.487.000 bei den gesetzlichen Krankenversicherungen versichert waren. Damit waren zu diesem Zeitpunkt ca. 86 % der deutschen Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.

<sup>335</sup> SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen 2005, Band 2, S. 158.

<sup>336</sup> Angaben des BMG (auf der Homepage [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de): Statistiken, Gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln), abgerufen am 31.03.2008.

<sup>337</sup> SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen 2005, Band 2, S. 158.

starke Steigerung ist bei keiner anderen Behandlungsart innerhalb des genannten Zeitraums zu verzeichnen. Zudem weist der Hilfsmittelsektor eine hohe Heterogenität auf. Er umfasst so unterschiedliche Teilbereiche wie Sehhilfen, Hörhilfen und orthopädische Hilfsmittel.<sup>338</sup>

Bei Hilfsmitteln handelt es sich um einen Begriff des Sozialrechts, der an sich nichts mit der Kategorie der Medizinprodukte gemeinsam hat. Das SGB V als Nachfolger der Reichversicherungsordnung (RVO) trat am 01.01.1989 in Kraft. Das Medizinproduktegesetz wurde am 01.01.1995 erlassen. Aus diesem Grund kennen die erstattungsrechtlichen Vorschriften des SGB V den Begriff des Medizinproduktes nicht, so dass bis heute keine eigenständige Erstattungskategorie für Medizinprodukte existiert.<sup>339</sup> Auch in der Folgezeit wurde – bis auf einige Änderungen durch das GKV-WSG<sup>340</sup> – keine Anpassung der Terminologie des Medizinproduktegesetzes und des SGB V vorgenommen.

Trotzdem stellen die Hauptzahl der Hilfsmittel zugleich Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz dar.<sup>341</sup> Es handelt sich bei weit über 50.000 Produkten um Medizinprodukte, die als Hilfsmittel gem. § 33 Abs. 1 SGB V erstattungsfähig sein können.<sup>342</sup> Bei Hilfsmitteln gibt es nur wenige Ausnahmen, die nicht als Medizinprodukte anzusehen sind<sup>343</sup>, wie etwa der Blindenführhund, bei dem es sich mangels Sachqualität nicht um ein Medizinprodukt handelt. Aus diesem Grund sind im Folgenden immer, wenn von Hilfsmitteln die Rede ist, grundsätzlich diejenigen Hilfsmittel gemeint, die zugleich Medizinprodukte i.S.v. § 3 MPG darstellen.

Ein Medizinprodukt ist ein Hilfsmittel, wenn es den in § 33 Abs. 1 SGB V genannten Zwecken dient.

Zunächst bleibt zu klären, wann der Begriff Hilfsmittel und Medizinprodukt interferieren, d.h. unter welchen Voraussetzungen Hilfsmittel immer zugleich Medizinprodukte darstellen.<sup>344</sup>

Wann die einzelnen Medizinprodukte keine Hilfsmittel gem. § 33 Abs. 1 SGB V darstellen, lässt sich am besten durch eine negative Abgrenzung festlegen. Ein Medizinprodukt stellt immer dann kein Hilfsmittel dar, wenn es sich um

<sup>338</sup> *Neugebauer*, Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 124.

<sup>339</sup> *Burgardt/Clausen/Wigge*, in: *Anhalt/Dieners*, Handbuch des Medizinprodukterechts, § 23 Rdnr. 138; *Anhalt/Balzer*, MPR 2003, S. 109. Eine Ausnahme bilden die Erstattung von arzneimittelähnlichen Medizinprodukten gem. § 31 Abs. 1 S. 3 SGB V und die Regelungen in Zusammenhang mit dem Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V), die jedoch erst später ins Gesetz aufgenommen wurden und trotzdem keine eigene Erstattungskategorie „Medizinprodukt“ begründen.

<sup>340</sup> Gesetz v. 26.03.2007, in Kraft getreten zum 01.04.2007, BGBl. I S. 378.

<sup>341</sup> *Seidel/Hartmann*, NZS 2006, S. 511 (513); *Knispel*, in: *BeckOK SGB V*, § 33 Rdnr. 3 (Stand: 01.09.2007); *Burgardt/Clausen/Wigge*, in: *Anhalt/Dieners*, Handbuch des Medizinprodukterechts, § 23 Rdnr. 185.

<sup>342</sup> Vgl. *Burgardt/Clausen/Wigge*, in: *Anhalt/Dieners*, Handbuch des Medizinprodukterechts, § 23 Rdnr. 137.

<sup>343</sup> *Lücker*, MPR 2005, S. 1 (2); BSG, Urt. v. 20.11.1996 – 3 RK 5/96, BSGE 79, 261.

<sup>344</sup> Zur Definition des Begriffs Medizinprodukt s.o. unter 1. Kapitel C.

Krankenhaus- oder Praxisausstattung, ein in vertragsärztlichen Praxen eingesetztes technisches Produkt, ein Verbandmittel oder ein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handelt.<sup>345</sup>

Aus diesem Grund sind zunächst Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Begriffe zu betrachten und im Anschluss daran werden die allgemeinen Voraussetzungen dargestellt, unter denen Medizinprodukte als Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig sind; es ist auf das Zusammenspiel von Leistungs- und Leistungserbringungsrecht einzugehen. Besonderes Augenmerk wird darauf zu legen sein, unter welchen Voraussetzungen der Gesetzgeber bzw. die Krankenkassen die Erstattungs- und Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten als Hilfsmittel beschränken und reglementieren.

## B. Begriff des Hilfsmittels und Abgrenzung

Diese Betrachtung soll dazu dienen, die Bedeutung der Medizinprodukte in der Hilfsmittelversorgung aufzuzeigen. Bei Hilfsmitteln ist immer wieder umstritten, ob diese unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Pflegeversicherung fallen. Die Zugehörigkeit zur Leistungspflicht der Krankenversicherung ist erforderlich, damit die Hilfsmittel in der Krankenversicherung erstattungsfähig sind. Daher ist nach der Begriffsbestimmung und der Abgrenzung der Hilfsmittel zu den Kategorien der Heil- und Arzneimittel zu untersuchen, unter welchen Prämissen die Hilfsmittel von den gesetzlichen Krankenkassen zu erstatten sind und wann die Zuständigkeit der Pflegeversicherung eröffnet ist.

### I. Definition des Begriffs Hilfsmittel

Schon bei dem Versuch, eine kurze und zutreffende Definition für den Begriff des Hilfsmittels im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu finden, zeigt sich, dass dies nicht allgemein erfolgen kann, sondern nur unter Zuhilfenahme des krankenversicherungsrechtlichen Kontextes.<sup>346</sup> Selbst innerhalb des Sozialversicherungsrechts ist der Begriff des Hilfsmittels unterschiedlich ausgestaltet.<sup>347</sup> Auch der Wortlaut des § 33 SGB V ist keine Eingrenzung im Sinne einer umfassenden Definition<sup>348</sup>; dort werden lediglich einige Beispiele wie Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und *andere* Hilfsmittel genannt<sup>349</sup>. In § 33 Abs. 1

<sup>345</sup> SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen 2005, Band 2, S. 156.

<sup>346</sup> Zuck, MedR 2003, S. 335.

<sup>347</sup> So weicht der Begriff des Hilfsmittels nach § 33 SGB V von dem in § 31 SGB IX und § 40 SGB XI (Pflegehilfsmittel) angegebenen Begriff ab.

<sup>348</sup> Wille/Koch, Gesundheitsreform 2007, S. 136 f. Rdnr. 302; anders KassKomm/Höfler, § 33 SGB V Rdnr. 5.

<sup>349</sup> SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen 2005, Band 2, S. 155.

S. 1 SGB V wird vielmehr der Begriff Hilfsmittel durch Aufzählung näher konkretisiert.<sup>350</sup> Die enthaltene Tautologie ist insoweit auch nicht unter Rückgriff auf die Definition in der Hilfsmittelrichtlinie<sup>351</sup> zu lösen, weil der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (nun Gemeinsamer Bundesausschuss) nicht ermächtigt ist, den Begriff der Hilfsmittel neu zu definieren.<sup>352</sup> Allerdings werden die genannten Hilfsmittel dadurch weiter eingeschränkt, als ein Anspruch der Versicherten nur dann besteht, wenn die Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen<sup>353</sup>. Dies hat zur Folge, dass die Definition stark durch die Rechtsprechung des BSG geprägt ist. Gleichsam dürfen Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sein oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sein. Aufgrund des Fehlens einer Legaldefinition ist eine Begriffsbestimmung der Hilfsmittel erforderlich – es bestehen fließende Übergänge zu anderen Leistungsarten wie z.B. zu den Arznei- und Heilmitteln<sup>354</sup>. Auch angesichts der großen Zahl der in Betracht kommenden sächlichen Mittel, die Hilfsmittel darstellen können, erscheint eine genauere Definition wünschenswert.

Das Bundessozialgericht fasst unter Hilfsmittel alle Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.<sup>355</sup> Dazu gehören insbesondere Körperersatzstücke und typische orthopädische Hilfsmittel, aber auch Geräte, die den Erfolg einer Heilbehandlung bei Anwendung durch den Versicherten selbst sicherstellen sollen.<sup>356</sup> Sollen die Hilfsmittel den Erfolg der Krankenbehandlung sichern (§ 33 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 SGB V), fallen darunter Gegenstände, die spezifisch im Rahmen einer ärztlich verantworteten Krankenbehandlung eingesetzt werden, nicht aber solche, die die Behandlung erst ermöglichen<sup>357, 358</sup>.

Eine Behinderung ist nach der Definition des § 2 Abs. 2 S. 1 SGB IX eine Abweichung von der für das Lebensalter typischen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit, die mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. Soll ein Hilfsmittel eine drohende Behinderung vorbeugen oder eine bestehende Behinderung ausgleichen, so hat das BSG den Begriff des Hilfsmittels nicht

<sup>350</sup> Kluth, Abgabe von Hilfsmitteln durch Ärzte, S. 21.

<sup>351</sup> Hilfsmittel-Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i.d.F. v. 17.06.1992, BANZ 1992, Beilage Nr. 173 b; zuletzt geändert am 19.10.2004, BANZ 2005, S. 89; in Kraft getreten am 06.01.2005.

<sup>352</sup> Zuck, MedR 2003, S. 335 (336); Wille/Koch, Gesundheitsreform 2007, S. 137 Rdnr. 302; BSG, Urt. v. 28.06.2001 – B 3 KR 3/00 R, BSGE 88, 204 (213).

<sup>353</sup> BSG, Urt. v. 30.01.2001 – B 3 KR 6/00 R, NZS 2001, S. 532.

<sup>354</sup> Brink, Heilmittelerbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 37.

<sup>355</sup> BSG, Urt. v. 28.06.2001 – B 3 KR 3/00 R, BSGE 88, 204 (214); vgl. auch A I Nr.2 der Hilfsmittel-Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

<sup>356</sup> BSG, Urt. v. 30.01.2001 – B3 KR 6/00 R, NZS 2001, S. 532 (533).

<sup>357</sup> BSG, Urt. v. 16.09.2004 – B 3 KR 15/04 R, SGB 2004, S. 696.

<sup>358</sup> Knispel, in: BeckOK SGB V, § 33 Rdnr. 8 (Stand: 01.09.2007).

darauf beschränkt, ausgefallene Körperfunktionen zu ersetzen, etwa durch Hörgeräte oder Prothesen, oder ein nicht voll funktionsfähiges Körperorgan<sup>359</sup>. Ausreichend ist ein nur mittelbarer Ersatz der ausgefallenen Funktionen in einem funktionell und räumlich eingeschränkten Teilbereich, um eine Hilfsmiteigenschaft zu begründen.<sup>360</sup> Auch liegt ein Hilfsmittel dann vor, wenn es dazu dient, die Grundbedürfnisse des Versicherten insbesondere durch die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft zu sichern<sup>361, 362</sup>.

Aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes folgt weiterhin, dass Hilfsmittel nur bewegliche Sachen sein können<sup>363</sup>, die vom Versicherten getragen oder mitgeführt und auch bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können<sup>364</sup>, so dass Einbauten in der Wohnung oder eine Auffahrrampe<sup>365</sup> nicht dem Begriff des Hilfsmittels unterfallen.

Hilfsmittel gem. § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V sind bspw. ein Rollstuhl, Prothesen und Orthesen, Sehhilfen, Hilfe für den hygienischen Bereich, Magnetfeldtherapie<sup>366</sup>, schwenkbarer Autositz für die Fahrt zum Therapeuten, Gehschienen, Inkontinenzartikel und viele andere sächliche Mittel.

Die vorangegangenen Betrachtungen zeigen, dass der Begriff Hilfsmittel im SGB V sehr weit gefasst ist.<sup>367</sup> Es lässt sich aber zumindest als Zusammenfassung der oben angeführten Definition feststellen, dass Hilfsmittel als sächliche medizinische Leistung<sup>368</sup> definiert werden können.

## II. Abgrenzung zu Heilmitteln

Gemeinsamkeiten haben Heil- und Hilfsmittelbegriff in der allgemeinen Zweckverfolgung, die auf die medizinische Bekämpfung einer Krankheit gerichtet sein muss.<sup>369</sup> Bei Heil- und Hilfsmitteln trifft das SGB V unterschiedliche Regelungen in Bezug auf Zuzahlungen und Festbeträge, weswegen eine Abgrenzung zueinander erforderlich ist. In § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB V findet sich der generelle An-

<sup>359</sup> BSG, Urt. v. 19.12.1978 – 3 RK 26/78, SozR 2200 § 182b Nr. 10, S. 29.

<sup>360</sup> Rspr. des BSG, Urt. v. 25.02.1981 – 5a/5 RKn 35/78, BSGE 51, 206 (207); BSG, Urt. v. 08.06.1994 – 3/1 RK 13/93, SozR 3-2500 § 33 Nr. 7, S. 28.

<sup>361</sup> Vgl. u.a. BSG, Urt. v. 15.12.1971 – 3 RK 35/70, BSGE 33, 263 (267); BSG, Urt. v. 03.11.1993 – 1 RK 42/92, SozR 3-2500 § 33 Nr. 5; BSG, Urt. v. 08.06.1994 – 3/1 RK 13/93, SozR 3-2500 § 33 Nr. 7; BSG, Urt. v. 25.01.1995 – 3/1 RK 63/93, SozR 3-2500 § 33 Nr. 13; BSG, Urt. v. 17.01.1996 – 3 RK 38/94, SozR 3-2500 § 33 Nr. 18.

<sup>362</sup> Krasney, in: Festschrift für Krause, S. 133 (134).

<sup>363</sup> BSG, Urt. v. 06.08.1998 – B 3 KR 14/97 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 30; Igl/Welti, Sozialrecht, § 17 Rdnr. 49.

<sup>364</sup> Knispel, in: BeckOK SGB V, § 33 Rdnr. 4 (Stand: 01.09.2007).

<sup>365</sup> BSG, Urt. v. 04.08.1981 – 5a/5 RKn 16/80, SozR 2200 § 182b Nr. 23.

<sup>366</sup> BSG, Urt. v. 31.08.2000 – B 3 KR 21/99 R, NZS 2001, S. 364.

<sup>367</sup> Für eine Definition durch das eingesetzte Mittel und den damit verfolgten Zweck, s. Igl/Welti, Sozialrecht, § 17 Rdnr. 49.

<sup>368</sup> Meydam, Anmerkung zum Urteil des BSG v. 31.08.2000 – B 3 KR 21/99 R, SGB 2001, S. 332 (333).

<sup>369</sup> Bleil, Zulassungs- und Vertragsrecht der Heil- und Hilfsmittellieferanten, S. 20.

spruch des Versicherten auf Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. § 32 SGB V enthält zusätzliche Regelung für Heilmittel und § 33 SGB V beinhaltet Regelungen zu Hilfsmitteln. Eine Abgrenzung ist nicht immer einfach und führt wegen unterschiedlichen Definitionen der Begriffe nicht immer zu exakten Ergebnissen. Der Begriff des Hilfsmittels wird ebenso wenig gesetzlich definiert wie der Begriff des Heilmittels<sup>370</sup>, weswegen sich in der Vergangenheit eine rechtliche „Grauzone“ herausgebildet hatte.

Mangels Vorliegen einer Legaldefinition in §§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3, 32 Abs. 1 SGB V ist auch die Definition des Heilmittels weitgehend durch die Rechtsprechung geprägt.<sup>371</sup>

Der Begriff des Heilmittels bezeichnet bestimmte, i.d.R. nicht von Ärzten erbrachte, medizinische Dienstleistungen<sup>372</sup> wie z.B. physikalische Therapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie.<sup>373</sup> Nach der Heilmittelrichtlinie<sup>374</sup> handelt es sich bei den Heilmitteln im Gegensatz zu den Hilfsmitteln um eine persönlich zu erbringende medizinische Leistung.

Der neueren Rechtsprechung gemäß erfolgt die Abgrenzung zwischen Heilmitteln gem. § 32 Abs. 1 SGB V und zwischen Hilfsmitteln gem. § 33 Abs. 1 SGB V danach, ob es sich um persönliche medizinische Dienstleistungen oder um sächliche medizinische Mittel handelt.<sup>375</sup> Dieser Weg der Abgrenzung bietet eine eindeutige und klare Abgrenzung und ist geeignet, für die Betroffenen (Kassen, Versicherte und Leistungserbringer) Rechtssicherheit zu schaffen.<sup>376</sup> Insbesondere ist über die erforderliche Sächlichkeit der Mittel für die Einordnung als Hilfsmittel gem. § 33 SGB V sichergestellt, dass Medizinprodukte grundsätzlich nur unter die Kategorie der Hilfsmittel fallen und nicht auch unter Heilmittel.<sup>377</sup> Die Abgrenzung zwischen Hilfs- und Heilmitteln bereitet in der Praxis keine unüberwindbaren Schwierigkeiten mehr.<sup>378</sup>

<sup>370</sup> *SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen 2005, Band 2, S. 155. Zur Definition des Hilfsmittels durch die Rechtsprechung vgl. oben 2. Kapitel B.I.

<sup>371</sup> Vgl. hierzu die Entscheidung des 6. Senats, der die Diättherapie als Heilmittel anerkannt hat, BSG, Urt. v. 28.06.2000 – B 6 KA 26/99 R, NZS 2001, 590 (594).

<sup>372</sup> *Igl/Welti*, Sozialrecht, § 17 Rdnr. 49.

<sup>373</sup> *Scharnetzky/Deitermann/Hoffmann/Glaeske*, GEK – Heil- und Hilfsmittelreport 2005, S. 7.

<sup>374</sup> Vgl. BAnZ v. 29.09.1992, Nr. 183b, S. 9.

<sup>375</sup> BSG, Urt. v. 28.06.2001 – B 3 KR 3/00 R, BSGE 88, 204 (206); KassKomm/Höfler, § 33 SGB V Rdnr. 3c; *Meydam*, Anmerkung zum Urteil des BSG v. 31.08.2000 – B 3 KR 21/99 R, SGb 2001, S. 332 (333); *Knispel*, in: BeckOK SGB V, § 32 Rdnr. 4 (Stand: 01.03.2006).

<sup>376</sup> *Brink*, Heilmittelerbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 38.

<sup>377</sup> Für eine Abgrenzung der Hilfsmittel zu den Heilmitteln nach dem Zweck des Einsatzes, s. *Muckel*, Sozialrecht, § 8 Rdnr. 112.

<sup>378</sup> *Schorn/Baumann*, Medizinprodukte-Recht, Band 1, B 19/4.

### III. Abgrenzung zu Arzneimitteln

Der wesentliche Unterschied zwischen Hilfsmitteln (§ 33 Abs. 1 SGB V) und Arzneimitteln (§ 31 Abs. 1 SGB V) liegt in der unterschiedlichen medizinischen Wirkweise. Hilfsmittel funktionieren im Regelfall mechanisch oder physikalisch und entfalten auf diese Weise ihre Wirkung, wohingegen Arzneimittel eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung aufweisen.<sup>379</sup> Die Hilfsmittel wirken überwiegend von außen auf den Organismus ein.<sup>380</sup> Weil Hilfsmittel i.d.R. Medizinprodukte sind<sup>381</sup>, kann auf die dort erfolgte Abgrenzung verwiesen werden.<sup>382</sup>

### IV. Abgrenzung zur Leistungspflicht der PKV

Streit um die Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln entsteht in der gesetzlichen Krankenversicherung immer wieder mit dem Hinweis auf fehlende Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung<sup>383</sup>. Dabei kommt vor allem der Abgrenzung zur Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung eine Bedeutung zu. Krankenkassen nutzten in der Vergangenheit die Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung dazu, sich bei Überschneidungen zu Lasten der Pflegeversicherung von Aufwendung in mehrfacher Millionenhöhe zu befreien.<sup>384</sup> Während die Hilfsmittel, die der Krankenbehandlung dienen, zumeist nicht von diesen Überschneidungen erfasst sind, wohnt einem den Behinderungsausgleich bezweckenden Hilfsmittel oft auch ein pflegerischer Zweck inne.<sup>385</sup> Diese Handhabung zeigt die Relevanz einer Abgrenzung der Zuständigkeit der Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung.

Grundsätzlich ist die Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung erst dann begründet, wenn das Hilfsmittel nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstatten ist.<sup>386</sup> Für die Trennung ist zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung der Versicherten zu unterscheiden. Im ambulanten Bereich ist eine Abgrenzung zwischen der Leistungspflicht der Kranken- und der Pflegeversicherung vorzunehmen, während im stationären Bereich zur Vorhaltepflcht des Heimträgers abzugrenzen ist.<sup>387</sup>

<sup>379</sup> *Anhalt*, in: *Anhalt/Dieners*, Handbuch des Medizinprodukterechts, § 3 Rdnr. 6.

<sup>380</sup> *Waltermann*, Sozialrecht, § 8 III 3 Rdnr. 180; *KassKomm/Hess*, § 126 SGB V Rdnr. 2; *Muckel*, Sozialrecht, § 8 Rdnr. 112.

<sup>381</sup> *Seidel/Hartmann*, NZS 2006, S. 511 (513); *Knispel*, in: *BeckOK SGB V*, § 33 Rdnr. 3 (Stand: 01.09.2007).

<sup>382</sup> Ausführlich s.o. unter 1. Kapitel C.

<sup>383</sup> *Burgardt/Clausen/Wigge*, in: *Anhalt/Dieners*, Handbuch des Medizinprodukterechts, § 23 Rdnr. 119.

<sup>384</sup> *Linke*, Anmerkung zum Urteil des BSG v. 10.11.2005 – B 3 P 10/04 R, SGB 2006, S. 491. Ausführlich dazu auch *Gaßner/Schottky*, NZS 2005, S. 523 (524).

<sup>385</sup> *Udsching*, SGB XI, § 40 Rdnr. 11.

<sup>386</sup> Dies ergibt sich aus § 40 Abs. 1 S. 1 SGB XI.

<sup>387</sup> *Gaßner/Schottky*, NZS 2005, S. 523 (524).

Im Zuge der Änderungen im Hilfsmittelrecht durch das GKV-WSG wurden auch die §§ 40 und 78 SGB XI an die Änderungen angepasst, um die aufgetretene Schnittstellenproblematik zu beseitigen.<sup>388</sup> Dies ist dem Gesetzgeber allerdings nur teilweise gelungen, weswegen sich auch weiterhin Abgrenzungsprobleme ergeben.<sup>389</sup> Bedauerlicherweise hat der Gesetzgeber die Gelegenheit nicht dazu genutzt, grundlegende Abgrenzungsfragen bei Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung systematisch anzugehen.<sup>390</sup> Damit bleibt sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich der Hilfsmittelversorgung die Abgrenzung weiterhin der Rechtsprechung überlassen.

### 1) Ambulanter Bereich

Nach § 40 Abs. 1 SGB XI hat die soziale Pflegeversicherung solche Hilfsmittel zu gewähren, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Die Leistungspflicht der PV ist subsidiär zu den Leistungen der GKV. Die Subsidiarität zeigt sich auch an der Regelung zum Pflegehilfsmittelverzeichnis. Nach § 78 Abs. 2 S. 3 SGB XI dürfen nur solche Hilfsmittel ins Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden, die nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis gem. § 139 SGB V enthalten sind. Damit ist diese Regelung Ausfluss der Subsidiarität der Leistungspflicht der Pflegeversicherung.<sup>391</sup> Schnittstellen und damit die Notwendigkeit der Zuständigkeitsbestimmung ergeben sich für alle Fälle, in denen Hilfsmittel zugleich medizinische Zwecke i.S.v. § 33 SGB V erfüllen und die Pflege erleichtern (§ 40 Abs. 1 SGB XI). Ein solcher Fall ist anzunehmen, wenn ein Hilfsmittel auch zur Linderung von Beschwerden des Pflegebedürftigen beiträgt.<sup>392</sup> Ist in Grenzfällen sowohl die Leistungspflicht der GKV als auch der PV möglich, richtet sich die Abgrenzung nach dem Grundsatz der wesentlichen Bedingung.<sup>393</sup> Steht die Krankenbehandlung oder der Behinderungsausgleich im Vordergrund, spricht dies für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Nur wenn es vorwiegend die Pflege erleichtert, ist die Zuständigkeit der Pflegeversicherung begründet.<sup>394</sup> Würde jede noch so geringe Förderung von pflegerischen Zwecken eine Leistungspflicht der Pflegekassen konstituieren, droht die Nachrangigkeit der Hilfsmittelversorgung durch die Pflegeversicherung ins Gegenteil verkehrt zu werden.<sup>395</sup>

<sup>388</sup> Vgl. Gesetzesentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP, BT-Drucks. 16/3100, S. 90.

<sup>389</sup> Kuhfeldt, in: Hauck/Noftz, SGB XI, Band 2, § 78 Rndr. 21.

<sup>390</sup> Kukla, KrV 2007, S. 56 (58).

<sup>391</sup> Gaßner/Schottky, NZS 2005, S. 523 (527).

<sup>392</sup> Linke, Anmerkung zum Urteil des BSG v. 10.11.2005 – B 3 P 10/04 R, SGB 2006, S. 491.

<sup>393</sup> Udsching, in: Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, S. 691 (705).

<sup>394</sup> Udsching, in: Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, S. 691 (706); ders., SGB XI, § 40 Rndr. 12; Linke, Anmerkung zum Urteil des BSG v. 10.11.2005 – B 3 P 10/04 R, SGB 2006, S. 491.

<sup>395</sup> Gaßner/Schottky, NZS 2005, S. 523 (527).



Angesichts des weiten Anwendungsbereichs des § 33 SGB V fungiert § 40 Abs. 1 SGB XI lediglich als Auffangtatbestand.<sup>396</sup> Es ist sehr weitgehend die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung anzunehmen. Wegen der in § 40 SGB XI angeordneten Subsidiarität ist einer anteiligen Mitfinanzierung von Hilfsmitteln durch die Pflegeversicherung<sup>397</sup> eine Absage zu erteilen.<sup>398</sup>

## 2) Stationärer Bereich

Bei der vollstationären Pflege findet § 40 Abs. 1 S. 1 SGB XI wegen seiner Stellung im Gesetz keine Anwendung.<sup>399</sup> Daraus folgt dennoch nicht, dass die Krankenkassen alle Kosten für die Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen zu tragen haben.<sup>400</sup> Stationäre Pflegeeinrichtungen i.S.v. § 71 Abs. 2 SGB XI haben die Pflegebedürftigen ausreichend und angemessen zu pflegen und dafür das typische Inventar bereit zu halten.<sup>401</sup> Davon sind auch Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel erfasst. Aus diesem Grund ist die Unanwendbarkeit der Regelung des § 40 SGB XI sachgerecht.<sup>402</sup> Andererseits haben die gesetzlich Versicherten weiterhin einen Anspruch aus § 33 SGB V auf individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln durch die gesetzliche Krankenversicherung<sup>403</sup>, weil dafür nicht von Belang ist, ob die Versicherten zu Hause oder in Pflegeheimen versorgt werden<sup>404</sup>. Der Anspruch der gesetzlich Versicherten gegen die Krankenversicherung endet nicht automatisch mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit, sondern endet erst dort, wo die Pflicht des Heimträgers auf Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln beginnt.<sup>405</sup> Inwieweit Pflegeeinrichtungen Hilfsmittel vorhalten müssen, hängt vom Inhalt des Versorgungsvertrages sowie der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gem. § 80a SGB XI ab.<sup>406</sup> Die gesetzlichen Krankenkassen haben während der vollstationären Pflege weiterhin solche Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die nicht der „Sphäre“ der „vollstationären Pflege“ zuzurechnen sind.<sup>407</sup> Daher sind sie für solche

<sup>396</sup> S. BT-Drucks. 14/5427, S. 2; *Rapp*, SGB 2001, S. 667 (668).

<sup>397</sup> So gefordert von *Krauskopf*, SGB 2001, S. 419 (420 f.).

<sup>398</sup> *Rapp*, SGB 2001, S. 667.

<sup>399</sup> BSG, Urt. v. 10.02.2000 – B 3 KR 26/99 R, BSGE 85, 287 (290).

<sup>400</sup> *Krasney*, in: Festschrift für Krause, S. 133 (144).

<sup>401</sup> BSG, Urt. v. 22.07.2004 – B 3 KR 5/03 R, NZS 2005, S. 533 (534).

<sup>402</sup> BSG, Urt. v. 10.02.2000 – B 3 KR 26/99 R, BSGE 85, 287 (290).

<sup>403</sup> Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen – zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) v. 26. März 2007, in der Beschlussfassung des Gremiums nach § 213 SGB V vom 7. Mai 2007, S. 2.

<sup>404</sup> *Bloch*, SGB 2005, S. 385 (394).

<sup>405</sup> BSG, Urt. v. 10.02.2000 – B 3 KR 26/99 R, BSGE 85, 287 (291); *Plagemann*, in: *Plagemann, Münchener Anwalts Handbuch Sozialrecht*, § 16 Rdnr. 26; *KassKomm/Leit-herer*, § 40 SGB XI Rdnr. 14a.

<sup>406</sup> BSG, Urt. v. 06.06.2002 – B 3 KR 67/01 R, BSGE 89, 271 (275); *Bloch*, SGB 2005, S. 385 (394); *KassKomm/Höfler*, § 33 SGB V Rdnr. 3a.

<sup>407</sup> *Krasney*, in: Festschrift für Krause, S. 133 (145); *Krauskopf/Wagner*, *Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung*, Band 1, § 33 SGB V Rdnr. 6.

Hilfsmittel zur Leistung verpflichtet, die es dem Versicherten ermöglichen, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und durch die Erhöhung der Selbstständigkeit mindestens teilweise vom Pflegepersonal unabhängig zu werden.<sup>408</sup> Der Ausdruck der Heimsphäre ist nicht rein räumlich zu verstehen, so dass nicht alle Hilfsmittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung herausfallen, die nur innerhalb des Heimes verwendet werden.<sup>409</sup> Die Abgrenzung hat vielmehr danach zu erfolgen, ob noch eine Krankenbehandlung und ein Behinderungsausgleich im Sinne einer medizinischen Rehabilitation stattfinden<sup>410</sup> oder aber ganz überwiegend die Pflege im Vordergrund steht.<sup>411</sup> Ein Anspruch gegen die Krankenkassen besteht dann, wenn das Hilfsmittel individuell angepasst ist oder der Befriedigung eines Grundbedürfnisses außerhalb der Pflegeeinrichtung dient.<sup>412</sup>

Die Rechtsprechung des BSG hält Grundlagen für eine Abgrenzung bereit, die jedoch offen sind für Erweiterungen und Einschränkungen im Einzelfall, so dass die Abgrenzung nur anhand von entschiedenen Fallgruppen unter Bezugnahme der individuellen Einzelumstände<sup>413</sup> erfolgen kann.

In Zusammenhang mit der Pflege von schwerstbehinderten Menschen war es immer wieder umstritten, ob die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung deswegen abzulehnen war, weil für diese eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht mehr möglich ist<sup>414</sup> und keine Grundbedürfnisse außerhalb der Pflegeeinrichtungen mehr befriedigt werden können. Diese Friktion wurde durch das GKV-WSG mit klarstellender Ergänzung in § 33 Abs. 1 S. 2 SGB V beseitigt<sup>415</sup> und damit die Situation dieser Versicherten verbessert.<sup>416, 417</sup> Für einen Anspruch auf ein Hilfsmittel kommt es seit der Änderung nicht mehr darauf an, ob eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist. Der Versorgungsanspruch schwerstbehinderter Menschen bei stationärer Pflege wurde für die Behinderung ausgleichende Hilfsmittel über die

<sup>408</sup> Schomburg, in: Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 1/1, 2. Teil, Kap. 2 - 210.

<sup>409</sup> BSG, Urt. v. 06.06.2002 – B 3 KR 67/01 R, BSGE 89, 271 (275); Krasney, in: Festschrift für Krause, S. 133 (146).

<sup>410</sup> Udsching, in: Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, S. 691 (707); Krauskopf/Wagner, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Band 1, § 33 SGB V Rdnr. 6.

<sup>411</sup> BSG, Urt. v. 24.09.2002 – B 3 KR 15/02 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 47, S. 264.

<sup>412</sup> Krauskopf/Wagner, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Band 1, § 33 SGB V Rdnr. 6.

<sup>413</sup> So auch Udsching, SGB XI, § 40 Rdnr. 12.

<sup>414</sup> So BSG, Urt. v. 22.07.2004 – B 3 KR 5/03 R, NZS 2005, S. 533 f.

<sup>415</sup> Mühlenbruch, in: Hauck/Noftz, SGB XI, Band 1, § 40 Rdnr. 5; Kukla, KrV 2007, S. 56 (57).

<sup>416</sup> Orlowski/Wasem, Gesundheitsreform 2007, S. 30.

<sup>417</sup> S. a. den Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen – zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen – zur Hilfsmittelversorgung im stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) vom 26. März 2007 in der Beschlussfassung des Gremiums nach § 213 SGB V vom 7. Mai 2007.

medizinische Rehabilitation hinaus erweitert<sup>418</sup>, § 33 Abs. 1 S. 2 SGB V. Damit hat der Gesetzgeber auf ein Urteil des BSG reagiert<sup>419</sup>, worin ein Anspruch einer schwerstgeschädigten Heimbewohnerin auf Versorgung mit einem speziellen Lagerungsrollstuhl, der ihr noch ein gewisses Maß an passiver Teilhabe am Gemeinschaftsleben ermöglicht hätte, wegen der fehlenden Rehabilitationsfähigkeit verneint wurde.<sup>420</sup>

Mit dieser Regelung soll eine Unterversorgung der Versicherten verhindert werden, weil das jeweilige Hilfsmittel sonst, wird es nicht von Pflegeheimen vorgehalten, nur auf eigene Kosten oder durch die Sozialhilfe beschafft werden kann.<sup>421</sup> Diese Änderung der Rechtslage hat im Übrigen keine Auswirkung auf die vom BSG entwickelten Grundsätze der Abgrenzung der Leistungsbereiche zwischen Kranken- und Pflegeversicherung.<sup>422</sup>

Hilfsmittel, die dazu dienen, eine Behinderung auszugleichen oder den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens befriedigen und nicht durch die Rechtsverordnung gem. § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind, gleichwohl aber in Zusammenhang mit der Pflege stehen, fallen daher grundsätzlich in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>423</sup> Ein starkes Indiz für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ist die individuelle Nutzung des Hilfsmittels durch den Versicherten. Unstreitig unterfallen Hilfsmittel der Leistungspflicht der Pflegeversicherung, wenn durch sie allein die Pflege erleichtert wird.<sup>424</sup>

## C. Zusammenspiel von Leistungs- und Leistungserbringungsrecht

Steht fest, dass es sich bei dem Medizinprodukt um ein Hilfsmittel per definitionem handelt, begründet dies allein noch nicht die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Produkt muss vielmehr noch weitergehende Anforderungen erfüllen, um überhaupt erstattungsfähig zu sein und von den Leistungserbringern an die gesetzlich Versicherten abgegeben werden zu dürfen. Im Folgenden wird zu untersuchen sein, unter welchen Voraussetzungen ein verkehrsfähiges Medizinprodukt als Hilfsmittel erstattungsfähig ist. Für die Erstat-

<sup>418</sup> *Wille/Koch*, Gesundheitsreform 2007, S. 140 Rdnr. 311; *Marburger*, WzS 2007, S. 65 (68); *Sodan*, NJW 2007, S. 1313 (1315).

<sup>419</sup> *Bitter*, GesR 2007, S. 152 (154).

<sup>420</sup> BSG, Urt. v. 22.07.2004 – B 3 KR 5/03 R, NZS 2005, S. 533.

<sup>421</sup> Vgl. Gesetzesentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP, BT-Drucks. 16/3100, zu Nummer 17 (§ 33), S. 102.

<sup>422</sup> *Wille/Koch*, Gesundheitsreform 2007, S. 142 Rdnr. 316.

<sup>423</sup> *Mühlenbruch*, in: Hauck/Noftz, SGB XI, Band 1, § 40 Rndr. 6.

<sup>424</sup> BSG, Urt. v. 24.09.2002 – B 3 KR 15/02 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 47, S. 264; BSG, Urt. v. 22.07.2004 – B 3 KR 5/03 R, NZS 2005, S. 533; BSG, Urt. v. 10.11.2005 – B 3 P 10/04 R, SozR 4-3300 § 40 Nr. 2, S. 10.

tungsfähigkeit von Hilfsmitteln bleibt zu klären, wie sich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auf ein bestimmtes Produkt präzisiert.

Dabei spielen im Krankenversicherungsrecht mehrere Regelungen zusammen. Im Rahmen des SGB V besteht – zumindest bei einfachen Leistungsbeziehungen – ein Beziehungsdreiecksverhältnis. Wegen des Sachleistungsprinzips<sup>425</sup> aus § 2 Abs. 2 SGB V erhalten die Versicherten die zu beanspruchende Leistung als Sach- oder Dienstleistung, d.h. es erfolgt keine Kostenerstattung<sup>426</sup> wie in der privaten Krankenversicherung<sup>427</sup>, sondern die Leistung erfolgt in natura<sup>428</sup>. Beim Sachleistungsprinzip handelt es sich um ein tragendes Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>429</sup> Würde es sich i.d.R. nur um eine Kostenerstattung handeln, würde die Abwicklung ausschließlich zwischen den Krankenkassen und den Versicherten erfolgen. Trotz des Bestehens des Dienst- und Sachleistungsprinzips (§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V) wäre es hingegen grundsätzlich möglich, die Leistungen direkt durch die Kassen erbringen zu lassen. Die direkte Leistungserbringung durch die gesetzlichen Krankenkassen sieht die gesetzliche Systematik des SGB V jedoch nur in Ausnahmefällen vor.<sup>430</sup> Die Kassen müssen wegen des geltenden Krankenversicherungsrechts ihre Leistungspflichten durch die vertragliche Einbindung krankenkassenexterner Anbieter von Gesundheitsleistungen erfüllen (§ 2 Abs. 2 S. 2 SGB V i.V.m. §§ 69-140 h SGB V).<sup>431</sup> Dies zeigt exemplarisch die Existenz des § 140 SGB V.<sup>432</sup> Außerdem dürfen die Krankenkassen eigenes Personal nur dann einstellen, wenn der Bedarf nicht durch externe Leistungserbringer abgedeckt werden kann.<sup>433</sup> Aus diesem Grund wird die Leistung zumeist nicht von den Kassen selbst, sondern i.d.R. von unabhängigen Leistungserbringern<sup>434</sup> er-

<sup>425</sup> Zum Sachleistungsprinzip s. etwa BVerfG, Urt. v. 23.03.1960 – 1 BvR 216/51, BVerfGE 11, 30 (31); BSG, Urt. v. 20.07.1976 – 3 RK 18/76, BSGE 42, 117 (119); BSG, Urt. v. 01.06.1977 – 3 RK 41/75, BSGE 44, 41 (42); BSG, Urt. v. 14.07.1977 – 3 RK 60/75, BSGE 44, 139 (140); BSG, Urt. v. 18.05.1978 – 3 RK 11/77, BSGE 46, 179 (181); KassKomm/Peters, § 2 SGB V Rdnr. 5; Neumann, Freiheitsgefährdung im kooperativen Sozialstaat, S. 243 f.; Sodan, Freie Berufe als Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 119 ff.; Harich, Das Sachleistungsprinzip in der Gemeinschaftsrechtsordnung, S. 21 ff.; Unger, SGB 1983, S. 340 ff.

<sup>426</sup> Eine Kostenerstattung ist gesetzlich nur selten vorgesehen wie in §§ 13 Abs. 2 bis 4, 18, 37 Abs. 4, 38 Abs. 4 SGB V und nur für solche Fälle geregelt, in denen die Sachleistung keinen Sinn macht, wie etwa beim Krankengeld (§§ 44 ff. SGB V), so Kirchhoff, SGB 2005, S. 499.

<sup>427</sup> Harich, Das Sachleistungsprinzip in der Gemeinschaftsrechtsordnung, S. 25.

<sup>428</sup> Kingreen, Das Sozialstaatsprinzip im europäischen Verfassungsverband, S. 470.

<sup>429</sup> Harich, Das Sachleistungsprinzip in der Gemeinschaftsrechtsordnung, S. 41.

<sup>430</sup> Plantholz, RsDE 2002, S. 48.

<sup>431</sup> Fuchs/Preis, Sozialversicherungsrecht, § 21 I, S. 320.

<sup>432</sup> Harich, Das Sachleistungsprinzip in der Gemeinschaftsrechtsordnung, S. 23 Fußn. 16.

<sup>433</sup> So § 132a Abs. 2 S. 10 SGB V für die Einstellung von Personal für die häusliche Krankenpflege.

<sup>434</sup> Mögliche Leistungserbringer von Hilfsmitteln sind etwa Augenoptiker, Hörgeräteakustiker, Orthopädieschuhmacher und Orthopädietechniker. Es kommen aber mittlerweile auch viele andere Berufsgruppen in Betracht, s.u. unter 4. Kapitel C.II.

bracht.<sup>435</sup> Die Auslagerung der Leistungserbringung auf Dritte bietet den Vorteil, dass die Nutzung des spezifischen Sachverstandes gewährleistet wird und die Leistungserbringung insgesamt flexibilisiert wird.<sup>436</sup> Wegen der Vielschichtigkeit und der großen Anzahl von unterschiedlichen Leistungsarten<sup>437</sup> und wegen des Sachleistungsprinzips stellt es eine Ausnahme im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungszweigen dar, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung die Leistungen nicht von der Kasse selbst, sondern von Dritten (sog. Leistungserbringern), erbracht werden.

Es handelt sich bei der Leistungserbringung nicht um bipolare, sondern tripolare Beziehungen und ein Beziehungsdreieck<sup>438</sup> entsteht.

Der Versicherte hat gegen die Krankenkassen einen Anspruch auf die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse umfasste „Leistung“. Dieses Verhältnis wird auch als *Mitgliedschaftsverhältnis* bezeichnet. Die Beziehung des Versicherten zu dem erfüllenden Leistungserbringer nennt man *Erfüllungsverhältnis* und die Beziehungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen (Sozialversicherungsträgern) ist das *Leistungserbringungsverhältnis*.<sup>439</sup>

Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) wird nicht positiv durch das Gesetz bestimmt, welche einzelnen Hilfsmittel von der Leistungspflicht erfasst sind. Dies ist wegen der vielen in Betracht kommenden Hilfsmittel weder möglich noch sachgerecht. Angesichts des zeitintensiven Gesetzgebungsverfahrens wäre das SGB V weder im Hinblick auf die Anpassung der Leistungspflicht an den neuesten Stand der Technik noch auf die möglichst kurzen Zeitabstände für die Aktualisierung geeignet, die Leistungspflicht der GKV auf einzeln bestimmte Hilfsmittel zu konkretisieren. Allerdings muss gesetzlich festgelegt sein, wie tatsächlich der Umfang der Leistungspflicht bestimmt wird. Dabei spielen das Leistungs- und das Leistungserbringungsrecht zusammen. Das Leistungsrecht regelt die Beziehung zwischen Versicherten und Krankenkasse in Bezug auf die Leistung.<sup>440</sup> Das Leistungserbringungsrecht hingegen regelt die rechtlichen Beziehungen (Rechte und Pflichten) zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern<sup>441</sup>.

Die Leistungserbringer erfüllen gegenüber den Versicherten die gesetzlich geschuldete Leistung. Diese Verpflichtung folgt aus den mit den Leistungsträgern

<sup>435</sup> *Grünenwald*, WzS 1985, S. 1 (2); *Schuler-Harms*, VSSR 2005, S. 135 (136).

<sup>436</sup> *Schuler-Harms*, VSSR 2005, S. 135 (136).

<sup>437</sup> *Kirchhoff*, SGB 2005, S. 499 (500).

<sup>438</sup> Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, wo es sich um ein komplexes Geflecht von Rechtsquelle handelt, entsteht aus dem Dreiecksverhältnis ein 6-Eck-Verhältnis. So auch *Ebsen*, in: Festschrift für Krasney, S. 81 (87).

<sup>439</sup> S. *Kingreen*, Das Sozialstaatsprinzip im europäischen Verfassungsverband, S. 468 ff.

<sup>440</sup> *Schimmelpfeng-Schütte*, NZS 1999, S. 530 (531); *Harich*, Das Sachleistungsprinzip in der Gemeinschaftsrechtsordnung, S. 24.

<sup>441</sup> *Roters*, Die gebotene Kontrolldichte bei der gerichtlichen Prüfung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, S. 29; *Harich*, Das Sachleistungsprinzip in der Gemeinschaftsrechtsordnung, S. 23 f.; *Beeretz*, in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, § 6 Rdnr. 9.

geschlossenen öffentlich-rechtlichen Verträgen.<sup>442</sup> Für die Präzisierung des Anspruchs spielen nur die Beziehungen des Versicherten zu der Kasse (Mitgliedschaftsverhältnis) und die Beziehungen der Leistungserbringer zu den Kassen (Leistungserbringungsverhältnis) eine Rolle, nicht aber die Beziehung der Versicherten zu den Leistungserbringern (Erfüllungsverhältnis), weil im Erfüllungsverhältnis nur das erbracht werden darf, was von der Leistungspflicht umfasst ist und daher die Leistungspflicht schon zuvor bestimmt sein muss.

Es war lange Zeit umstritten, ob und inwieweit das Leistungsrecht vom Leistungserbringungsrecht überhaupt beeinflusst wird. Die rechtlichen Grundlagen für die Beziehung der Krankenkassen zu den Leistungserbringern finden sich ausschließlich im Vierten Kapitel des SGB V (§§ 69 ff. SGB V).

Als Ausgangspunkt für die Betrachtung, wie das Leistungsrecht und das Leistungserbringungsrecht zusammenwirken, steht der Sozialleistungsanspruch des Versicherten gegenüber ihrer Krankenkassen.<sup>443</sup>

Bei der Konkretisierung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung bestünde die Möglichkeit, dem Versicherten einen bestimmten Anspruch gegen die Krankenkassen auf Krankenbehandlung zuzugestehen und diesen wegen des Sachleistungsprinzips aus § 2 Abs. 2 S. 1 SGB V durch die Leistungserbringer erfüllen zu lassen.

Ob die §§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 Alt. 4, 33 Abs. 1 SGB V einen konkreten Anspruch des Versicherten auf ein bestimmtes Hilfsmittel (Medizinprodukt) beinhalten, erscheint allerdings fraglich. Nach unbefangener Betrachtung dieser Normen wäre die Deutung möglich, dass es sich bei der oben genannten Normkette bereits um eine Anspruchsgrundlage für den Anspruch auf ein konkretes Hilfsmittel handelt.<sup>444</sup> § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V arbeitet gar mit der Terminologie des Anspruchs. In diesem Fall würde ein bestimmter Sozialleistungsanspruch des Versicherten schon bei Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzungen der Anspruchsnorm bestehen.<sup>445</sup>

Nach der zivilrechtlichen Legaldefinition des § 194 Abs. 1 BGB ist ein Anspruch das Recht, von einem anderen ein Tun oder Unterlassen zu verlangen.<sup>446</sup> § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V ist also nur dann ein Anspruch im juristischen Sinne, wenn anhand dieser Vorschrift der Versicherte von den Krankenversicherungsträgern ein Tun oder Unterlassen verlangen kann. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat sich mehrfach mit der Einordnung dieses „Anspruchs“ der Versicherten aus § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V beschäftigt. Das Gericht führt in seinem Urteil vom 16.12.1993<sup>447</sup> aus, dass für einen „Anspruch“ des Versicherten gem. § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V die Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 S. 2 SGB V notwendig sein müsse, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Ver-

<sup>442</sup> Kingreen, SGB 2005, S. 661.

<sup>443</sup> Plagemann, VSSR 1997, S. 453.

<sup>444</sup> Schwerdtfeger, NZS 1998, S. 49.

<sup>445</sup> Beck, Anmerkung zum Urteil des BSG v. 16.9.2004 – B 3 KR 20/04 R, SGB 2005, S. 353 (354).

<sup>446</sup> Heinrich, in: Bamberger/Roth, BGB, Band 1, § 194 Rdnr. 32.

<sup>447</sup> BSG, Urt. v. 16.12.1993 – 4 RK 5/92, BSGE 73, 271 (279).

schlimmerung zu verhüten oder die Krankheitsbeschwerden zu lindern. Unter anderem durch den Begriff der Notwendigkeit wird auf weitere sozialrechtliche Normen wie § 12 SGB V – das Wirtschaftlichkeitsgebot<sup>448</sup> – Bezug genommen. Nach der Systematik des Sozialversicherungsrechts besteht ein Anspruch des Versicherten nur auf eine notwendige und wirtschaftliche Leistung gem. § 12 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 Alt. 4 i.V.m. § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V kann deswegen nicht als Anspruchsgrundlage des Versicherten dienen.<sup>449</sup> Die oben genannten Normen konkretisieren weder einzeln noch gemeinschaftlich tatbestandliche und subsumtionsfähige Voraussetzungen für einen gesetzlichen Anspruch des Versicherten auf Beschaffung einer bestimmten Leistung. Es handelt sich vielmehr um offene Wertungsnormen, welche einer weiteren Präzisierung bedürfen.<sup>450</sup> Deswegen ist das Recht auf Krankenbehandlung lediglich als ein „Anspruch dem Grunde“ nach anzusehen<sup>451</sup> und nicht als eine die Leistung konkretisierende Anspruchsgrundlage.<sup>452</sup> Im Dritten Kapitel des SGB V wird dem Versicherten lediglich ein ausfüllungsbedürftiges Rahmenrecht auf Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln in Aussicht gestellt.<sup>453</sup> § 27 SGB V enthält nur ein subjektiv-öffentliches Rahmenrecht<sup>454</sup>, aus welchem lediglich unter Einfluss weiterer im SGB V geregelten Voraussetzungen ein konkreter Anspruch hergeleitet werden kann.<sup>455</sup> Von dieser Rechtsprechung zum Rahmenrecht des Versicherten ist das BSG auch künftig nicht abgerückt und hat diese noch weiter ausgebaut.<sup>456</sup> Auch nach der Legaldefinition des Anspruchs in § 194 Abs. 1 BGB lässt sich aus den genannten Paragraphen kein Recht ableiten, von einem anderen ein Tun oder Unterlassen verlangen zu können. Der Wortlaut des § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V ist insofern missverständlich.

Daher wird allein durch das Leistungsrecht grundsätzlich kein konkretes Hilfsmittel festgelegt. Bei tatsächlicher Betrachtung erscheint die Bestimmung konkreter Hilfsmittel in einer Anspruchsgrundlage als wenig sinnvoll. Gem. § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und müssen den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.<sup>457</sup> Einzig in dem Fall, dass im Einzelfall nur eine dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Methode eine reale Chance zur Erreichung des Behandlungszieles bietet, kann sich ausnahmsweise schon das Rahmenrecht des Versicherten zu einem konkreten An-

<sup>448</sup> *Fuchs/Preis*, Sozialversicherungsrecht, § 20 III, S. 278: Insbesondere der Begriff der Notwendigkeit ist als Ausdruck des Wirtschaftlichkeitsgebots anzusehen.

<sup>449</sup> *Gitter/Schmitt*, Sozialrecht, § 9 Rndr. 40.

<sup>450</sup> Erstmals BSG, Urt. v. 16.12.1993 – 4 RK 5/92, BSGE 73, 271 (279 f.).

<sup>451</sup> *Wille/Koch*, Gesundheitsreform 2007, S. 50 Rndr. 119.

<sup>452</sup> BSG, Urt. v. 10.02.1993 – 1 RK 17/91, SozR 3-2200 § 182 Nr. 13, S. 59; *Gitter/Schmitt*, Sozialrecht, § 9 Rndr. 40.

<sup>453</sup> BSG, Urt. v. 16.09.1997 – 1 RK 28/95, NJW 1999, S. 1805 (1808); *Schimmelpfeng-Schütte*, NZS 1999, S. 530 (531); *Hinz*, ZfS 2006, S. 141 (146).

<sup>454</sup> *Muckel*, Sozialrecht, § 8 Rndr. 65, S. 108.

<sup>455</sup> *Ihle*, Ärztliche Leitlinien, Standards und Sozialrecht, S. 34.

<sup>456</sup> *Ihle*, Ärztliche Leitlinien, Standards und Sozialrecht, S. 35.

<sup>457</sup> *Ehsen*, in: Festschrift für Krasney, S. 81 (85).

spruch verdichten.<sup>458</sup> Angesichts der schnell fortschreitenden technischen Entwicklungen in der Medizin und der Erforschung neuer Behandlungsmethoden erweist sich eine Konkretisierung in festen Anspruchsgrundlagen als zu starr, um den progressiven Veränderungen ausreichend gerecht zu werden und zugleich der medizinisch-wissenschaftlichen Komplexität der Regelungsmaterie Rechnung zu tragen.

Dabei handelt es sich um „ein in sich geschlossenes und als abschließend konzipiertes Rechtskonkretisierungskonzept“<sup>459</sup>. Da, wie oben dargestellt, allein durch das Leistungsrecht keine Präzisierung des Anspruchs des Versicherten auf ein bestimmtes Hilfsmittel erfolgt, finden sich ergänzende Regelungen im Leistungserbringungsrecht. Ein durchsetzbarer Einzelanspruch des Versicherten kann nur angenommen werden, wenn durch das Leistungserbringungsrecht festgelegt wurde, welche Sach- oder Dienstleistungen zur Wiederherstellung oder Besserung der Gesundheit des Versicherten erforderlich sind.<sup>460</sup> Durch das Leistungserbringungsrecht wird der leistungsrechtliche Anspruchsrahmen in materieller und formeller Hinsicht abgesteckt.<sup>461</sup> Die Konkretisierung erfolgt im Wesentlichen durch „Rechtsproduktion“ der gemeinsamen Selbstverwaltung vor allem durch die Normverträge und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses i.S. § 92 SGB V.<sup>462</sup> Durch den Gleichklang zwischen Leistungs- und Leistungserbringungsrecht wird sichergestellt, dass sich die Verpflichtungen des Leistungserbringers und der Leistungsanspruch des Versicherten inhaltlich und dem Umfang nach decken.<sup>463</sup>

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Leistungsumfang der GKV de lege lata alle Hilfsmittel erfasst, die nach §§ 27 Abs. 1, 33 Abs. 1 S. 1 SGB V erforderlich sind, die nach § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts entsprechen, die zudem wirtschaftlich gem. § 12 Abs. 1 SGB V sind und nicht durch das Leistungs- oder Leistungserbringungsrecht ausgeschlossen sind.<sup>464</sup>

Dennoch sind sowohl im Leistungsrecht als auch im Leistungserbringungsrecht Regelungen enthalten, die gemeinsam die Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln/Medizinprodukten reglementieren und konkretisieren.

---

<sup>458</sup> *Schwerdtfeger*, NZS 1998, S. 49. Dies ist jedoch wegen der vielfach unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten nur sehr selten der Fall.

<sup>459</sup> BSG, Urt. v. 16.12.1993 – 4 RK 5/92, BSGE 73, 271 (281).

<sup>460</sup> *Ihle*, Ärztliche Leitlinien, Standards und Sozialrecht, S. 34 f.

<sup>461</sup> BSG, Urt. v. 16.09.1997 – 1 RK 28/95, NJW 1999, S. 1805 (1808).

<sup>462</sup> *Hase*, MedR 2005, S. 391 (393).

<sup>463</sup> *Burgardt/Clausen/Wigge*, in: *Anhalt/Diners*, Handbuch des Medizinprodukterechts, § 23 Rdnr. 10.

<sup>464</sup> Allgemein zum Leistungsumfang der GKV: *Francke*, GesR 2003, S. 97.



## D. Begrenzung durch das Leistungsrecht

Durch Regelungen im Leistungsrecht findet ein Ausschluss gewisser Hilfsmittel von vorneherein statt. § 27 SGB V legt die äußeren Grenzen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fest.<sup>465</sup> Dies führt zugleich dazu, dass es für die Medizinprodukte, die zugleich unter den Begriff des Hilfsmittels zu fassen sind, zu einer Beschränkung in Bezug auf die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung kommt. Es können diejenigen Produkte nicht unter die Leistungspflicht fallen, welche von vorneherein außerhalb des Rahmenrechts aus § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 Alt. 4 i.V.m. § 33 Abs. 1 S. 1 SGBV liegen.

Zunächst einmal ist erforderlich, dass der Versicherte einen Anspruch dem Grunde nach auf das begehrte Hilfsmittel hat. Für einen solchen Anspruch gibt es allgemeine Regeln.

Eine Konkretisierung erfolgt in der gesetzlichen Krankenversicherung wegen des Sachleistungsprinzips i.d.R. durch den Arzt. Anders als beim Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln, besteht ein Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln auch ohne die ärztliche Verordnung nach § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V, wenn die Voraussetzungen des § 33 Abs. 1 SGB V vorliegen.<sup>466</sup> Dies stellt eine Ausnahme zum sonst bestehenden Arztvorbehalt<sup>467</sup> dar.<sup>468</sup> Eine Verordnung durch einen Vertragsarzt gem. § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V schadet jedoch nicht. Ihr kommt allerdings für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen keine verbindlich regelnde Wirkung zu.<sup>469</sup> Die vertragsärztliche Verordnung umfasst im Bereich der Hilfsmittel zumeist nur die Auswahl einer Produktart.<sup>470</sup> Die Bestimmung des konkret erforderlichen Hilfsmittels innerhalb dieser Produktart erfolgt durch den spezialisierten Leistungserbringer.<sup>471</sup> Die ärztliche Verordnung ist daher nicht geeignet, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu konkretisieren. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass eine unwirtschaftliche Leistung von der Krankenkasse wegen Verstoß gegen § 12 Abs. 1 S. 2 SGB V nicht bewilligt werden darf und zum anderen, dass die Krankenkasse für die Überprüfung der Erforderlichkeit den Medizinischen Dienst

<sup>465</sup> BSG, Urt. v. 16.12.1993 – 4 RK 5/92, BSGE 73, 271 (280).

<sup>466</sup> Wigge, MPJ 2007, S. 12 (13); Fuchs/Preis, Sozialversicherungsrecht, § 20 III 4., S. 284; Nitz, in: Stellpflug/Meier/Tadayon, Handbuch Medizinrecht, H 1000 Rdnr. 142; Zuck, MedR 2003, S. 335 (337); Werner, MPR 2002, S. 45 (47); Grienberger, Orthopädie-Technik 1999, S. 46 (47); BSG, Urt. v. 28.06.2001 – B 3 KR 3/00 R, BSGE 88, 204 (206).

<sup>467</sup> Gem. § 73 Abs. 3 Nr. 7 SGB V umfasst die vertragsärztliche Versorgung auch die Verordnung von Hilfsmitteln.

<sup>468</sup> Von der Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung auch bei Hilfsmitteln geht etwa KassKomm/Höfler, § 33 SGB V Rdnr. 66 aus.

<sup>469</sup> BSG, Urt. v. 29.09.1997 – 8 RKn 27/96, SozR 3-2500 § 33 Nr. 25, S. 148.

<sup>470</sup> Grienberger, Orthopädie-Technik 1999, S. 46 (47); siehe dazu auch Arztinformation, Anlage 3 zu Nr. 8.2 der Hilfsmittelrichtlinie, S. 3, abzurufen auf der Seite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter: [http://www.g-ba.de/downloads/38-254-30/RL\\_Hilfsmittel3.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/38-254-30/RL_Hilfsmittel3.pdf). (Abruf am 31.03.2008).

<sup>471</sup> So auch Grienberger, Orthopädie-Technik 1999, S. 46.

beauftragen kann (§ 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V). Hiermit steht auch im Einklang, dass in den die Verordnungstätigkeit regelnden Bundesmantelverträgen (§ 30 Abs. 8 S. 1 BMV-Ä<sup>472</sup> und § 16 Abs. 8 S. 1 EKV<sup>473</sup>) für die Abgabe von Hilfsmitteln die Genehmigung der Krankenkassen erforderlich ist.

Der Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln folgt aus § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 Alt 4 SGB V. Im § 33 Abs. 1 SGB V sind weitere Voraussetzungen für den Anspruch auf ein bestimmtes Hilfsmittel enthalten. Danach hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dies sind Voraussetzungen, die nur im konkreten Einzelfall des Versicherten beurteilt werden können.

Die Leistungspflicht der GKV wird bereits durch das Leistungsrecht ausgeschlossen, wenn ein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens vorliegt, ein Ausschluss durch die Rechtsverordnung gem. § 34 Abs. 4 SGB V erfolgt oder das Hilfsmittel nicht erforderlich oder unwirtschaftlich ist. Danach ist auf die Regelung von Festbeträgen (§ 36 SGB V) einzugehen.

## **I. Ausschluss von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens**

Ein Anspruch auf ein Hilfsmittel kann nur bestehen, wenn es sich nicht um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handelt, § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V. Hinter dieser Regelung steht die Intention, dass die gesetzliche Krankenversicherung nur für gezielte Mittel einer Krankheitsbekämpfung sowie der Milderung der Krankheitsfolgen aufkommen soll und nicht für Mittel, die der gesetzlich Versicherte für seine tägliche Lebensführung benötigt<sup>474</sup> und die seiner Eigenverantwortung unterliegen. Die Hilfsmittel müssen daher entweder den Erfolg der Krankenbehandlung sichern oder spezifisch einer Behinderung entgegenwirken<sup>475</sup> oder zumindest ganz überwiegend von Behinderten benutzt werden.

Es fehlt an einer Definition durch den Gesetzgeber, wann ein Hilfsmittel zugleich einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens darstellt. Der Begriff ist vielmehr ein Typusbegriff, d.h. er wird durch unverzichtbare Einzelmerkmale bestimmt<sup>476</sup> und ist durch die Rechtsprechung des BSG konkretisiert worden. Er wird durch die Gesamtbetrachtung verschiedener Merkmale, wie die praktische Bedeutung für die Lebensführung, die alltägliche Lebensbetätigung und seinen

---

<sup>472</sup> Stand: 01.07.2007.

<sup>473</sup> Stand: 01.07.2007.

<sup>474</sup> KassKomm/Höfler, § 33 SGB V Rdnr. 21.

<sup>475</sup> BSG, Urt. v. 06.02.1997 – 3 RK 12/97, NZS 1997, S. 467 (468).

<sup>476</sup> BSG, Urt. v. 17.01.1996 – 3 KR 39/94, BSGE 77, 209 (214): Es erfolgt eine Gesamtwürdigung der unterschiedlichen Merkmale, die jeweils von den Umständen des Einzelfalles abhängt. Siehe auch BSG, Urt. v. 17.01.1996 – 3 RK 16/95, SozR 3-2500 § 33 Nr. 20, S. 110.

Preis bestimmt.<sup>477</sup> Von der Abgrenzung anhand der Verbreitung eines Gegenstandes in der Bevölkerung<sup>478</sup> ist das BSG mit seiner Entscheidung vom 16.09.1999<sup>479</sup> zu Recht abgerückt. Dadurch wird vermieden, einen Gegenstand zunächst als Hilfsmittel einzuordnen und später diese Bewertung aufgeben zu müssen, weil er nunmehr durch einen großen Personenkreis genutzt wird. Das Bundessozialgericht hat klargestellt, dass für die Unterscheidung zwischen Hilfsmittel und Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens auf die Zweckbestimmung des Gegenstandes aus Sicht der Hersteller und aus Sicht der Benutzer abzustellen ist: Geräte, die spezifisch für Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt und hergestellt werden und die ausschließlich oder überwiegend von diesen benutzt werden, sind keine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens.<sup>480</sup> Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind solche, die üblicherweise im normalen Haushalt vorhanden sind<sup>481</sup> und solche Gegenstände, die in erster Linie für Gesunde hergestellt und von diesen gekauft und benutzt werden<sup>482</sup>. Ein übergeordneter Gesichtspunkt für die Abgrenzung zwischen Hilfsmittel und Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ist der Hilfsbedarf des behinderten Menschen.<sup>483</sup> Durch diese neue Rechtsprechung erfolgt in vielen Fällen eine klare Abgrenzung.<sup>484</sup> Die Bestimmung, wann ein Hilfsmittel als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ausgeschlossen ist, bereitet nur noch in Einzelfällen Schwierigkeiten. Bei Hilfsmitteln mit Doppelfunktion besteht die Leistungspflicht der GKV trotzdem, wenn der auf die Hilfsmittel entfallende Teil der Herstellungskosten überwiegt oder bei besonders aufwändigen Geräten.<sup>485</sup> So handelt es sich bei einem orthopädischen Schuh immer zum Teil um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Dieser ist trotzdem vom Anspruch des Versicherten auf Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V erfasst. Der Betrag eines „normalen“ Schuhs ist vom Versicherten selbst zu tragen<sup>486</sup>, so dass von der Krankenkasse nur die Mehrkosten für den orthopädischen Schuh übernommen werden.

<sup>477</sup> *Adelt*, in: Kruse/Hänlein, LPK-SGB V, § 33 Rdnr. 22; so auch KassKomm/Höfler, § 33 SGB V Rdnr. 22 a.

<sup>478</sup> So die frühere Rechtsprechung des BSG, Urt. v. 17.01.1996 – 3 RK 39/94, BSGE 77, 209 (214).

<sup>479</sup> Urt. v. 16.09.1999 – B 3 KR 8/98 R, BSGE 84, 266.

<sup>480</sup> BSG, Urt. v. 16.09.1999 – B 3 KR 1/99 R, BSGE 84, 266 (269). Das Merkmal der Verbreitung ablehnend *Krasney*, in: Festschrift für Krause, S. 133 (139 f.); *Zuck*, MedR 2003, S. 335 (336 f.). A.A. KassKomm/Höfler, § 33 SGB V Rdnr. 22d, der ergänzend auf das Merkmal der Verbreitung in der Gesellschaft zurückgreifen will.

<sup>481</sup> BSG, Urt. v. 28.09.1993 – 1 RK 37/92, SozR 3-2500 § 34 Nr. 2, S. 8.

<sup>482</sup> BSG, Urt. v. 22.08.2001 – B 3 P 13/00 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 42, S. 239: Ein elektrisch verstellbarer Sessel aus einem Möbelprospekt stellt einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens dar.

<sup>483</sup> *Krasney*, in: Festschrift für Krause, S. 133 (142).

<sup>484</sup> *Krasney*, in: Festschrift für Krause, S. 133 (139 f.).

<sup>485</sup> *Krauskopf/Wagner*, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Band 1, § 33 SGB V Rdnr. 15.

<sup>486</sup> *Straub*, Gesetzliche Krankenversicherung/SGB V, 11.4.6.1, S. 173.

Der Ausschluss von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens greift nicht, wenn es sich um Zusatzteile, Zubehör und Betriebsmittel von Hilfsmitteln handelt.<sup>487</sup>

Als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind bspw. folgende „Hilfsmittel“ von der Leistungspflicht ausgeschlossen: ein normaler Autokindersitz<sup>488</sup>, ein elektronisch verstellbarer Sessel<sup>489</sup> oder ein Standardtelefon<sup>490</sup>.

## **II. Ausschluss durch Rechtsverordnung gem. § 34 Abs. 4 SGB V**

Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist weiterhin dann ausgeschlossen, wenn es sich um Hilfsmittel handelt, die einen umstrittenen oder geringen therapeutischen Nutzen aufweisen oder einen geringen Abgabepreis haben und in der Rechtsverordnung<sup>491</sup> des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherheit aufgelistet sind.

Es handelt sich bei § 1 und § 2 der VO um eine enumerative Aufzählung von ausgeschlossenen Produkten. Von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind bspw. nach § 1 („Sächliche Mittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen“): Kompressionsstücke für Waden und Oberschenkel, Leibbinden, Handgelenkriemen, Mundsperrn; und nach § 2 („Sächliche Mittel mit geringem Abgabepreis“): Augenbadewannen, Augenklappen, Fingerlinge, Fingerschienen, Urinflaschen und Ohrenklappen.

Durch Einführung einer Rechtsgrundlage für den Erlass einer Verordnung sollte im Bereich der Hilfsmittelversorgung das überproportionale Wachstum der Ausgaben dauerhaft auf ein vertretbares Maß zurückgeführt werden.<sup>492</sup> Mit der Regelung soll zudem die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten gestärkt werden. Ihnen ist es zumutbar, bei einem geringen Abgabepreis eigenverantwortlich für die ausgeschlossenen Leistungen aufzukommen.<sup>493</sup>

Die Grenze für den geringen Abgabepreis ist durch den Gesetzgeber zu bestimmen. Der Preis muss sich in einem Rahmen halten, der allgemein als gering anzusehen ist, d.h. wirtschaftlich nicht ins Gewicht fällt und daher keiner solidarischen Absicherung bedarf, weil ihn der Versicherte aufgrund seiner Geringfügigkeit selbst tragen kann. So wurde bspw. der Ausschluss elektrischer Milchpumpen für stillende Mütter wegen der hohen Kosten als unzulässig erachtet.<sup>494</sup>

---

<sup>487</sup> BSG, Urt. v. 06.02.1997 – 3 RK 3/96, SozR 3-2500 § 33 Nr. 23.

<sup>488</sup> BSG, Urt. v. 21.3.1978 – 3 RK 61/77, SozR 2200 § 182b Nr. 6.

<sup>489</sup> BSG, Urt. v. 22.08.2001 – B 3 P 13/00 R, NZS 2002, S. 374.

<sup>490</sup> BSG, Urt. v. 03.11.1993 – 1 RK 42/92, SozR 3-2500 § 33 Nr. 5.

<sup>491</sup> VO über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der Gesetzlichen Krankenversicherung v. 13.12.1989 (BGBl. I S. 2237), geändert durch die VO vom 17.1.1995 (BGBl. I S. 44).

<sup>492</sup> BT-Drucks. 11/2237, S. 139, zu Nr. 4 Heil- und Hilfsmittel.

<sup>493</sup> BT-Drucks. 11/2237, S. 174 zu § 34 Abs. 1 und 2 des Entwurfs; KassKomm/Hess, § 34 SGB V Rdnr. 2.

<sup>494</sup> BSG, Urt. v. 28.09.1993 – 1 RK 37/92, SozR 3-2500 § 34 Nr. 2.

### III. Ausschluss wegen fehlender Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit

Erforderlich i.S.v. § 33 Abs. 1 SGB V ist ein Hilfsmittel, wenn sein Einsatz unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse zur Erreichung des verfolgten Zwecks unentbehrlich oder unvermeidlich ist.<sup>495</sup> Es ist dann erforderlich, wenn der Einsatz ein allgemeines Grundbedürfnis befriedigt, welches der Lebensbetätigung zuzuordnen ist.<sup>496</sup>

Weiterhin ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts<sup>497</sup> ein Hilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn es die Auswirkungen der Behinderung nicht lediglich in einem bestimmten Lebensbereich wie Beruf, Gesellschaft oder Freizeit ausgleicht, sondern im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildern kann und so ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens befriedigt.<sup>498</sup> Dient ein Hilfsmittel der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung, darf keine kostengünstigere Alternative zur Erreichung des angestrebten therapeutischen Erfolgs in Betracht kommen.<sup>499</sup>

Da es sich um eine Entscheidung im Einzelfall handelt, kann allein aus der Voraussetzung der Erforderlichkeit nicht auf einen Ausschluss der Leistungspflicht für konkrete Hilfsmittel geschlossen werden. Die Voraussetzung der Erforderlichkeit führt grundsätzlich nicht allgemein zum Ausschluss der Leistungspflicht, sondern nur im konkreten Einzelfall.

Bei der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln ist darüber hinaus das Wirtschaftlichkeitsgebot gem. §§ 2, 12 Abs. 1 SGB V einzuhalten<sup>500</sup>, d.h. die Versorgung mit Hilfsmitteln muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.<sup>501</sup> Der Versicherte ist ggf. auf notwendige, zweckmäßige und ausreichende Alternativen zu verweisen.<sup>502</sup> Dies ergibt sich aus der systematischen Stellung des § 12 SGB V im Zweiten Abschnitt (Gemeinsame Vorschriften) des Dritten Kapitels (Leistungen der Krankenversicherung), wo auch der Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln geregelt ist<sup>503</sup>. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Wirtschaftlichkeitsgebot in Form des Minimalprinzips ausgestaltet<sup>504</sup>, d.h. es wird

<sup>495</sup> Ständige Rechtsprechung des BSG, Urt. v. 26.10.1982 – B KR 16/81, SozR 2200 § 182b Nr. 25; KassKomm/Höfler, § 33 SGB V Rdnr. 17; Knispel, in: BeckOK SGB V, § 33 Rdnr. 22 (Stand: 01.09.2007); Schneider, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, § 22 Rdnr. 269.

<sup>496</sup> BSG, Urt. v. 21.11.1991 – 3 RK 43/89, SozR 3-2500 § 33 Nr. 3, S. 4.

<sup>497</sup> Ständige Rechtsprechung, vgl. nur BSG, Urt. v. 16.09.1999 – B 3 KR 9/98 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 32.

<sup>498</sup> Meuthen/Hartmann, NZS 2002, S. 26 (27).

<sup>499</sup> BSG, Urt. v. 30.01.2001 – B 3 KR 6/00 R, NZS 2001, S. 532 (533).

<sup>500</sup> So auch Ihle, Ärztliche Leitlinien, Standards und Sozialrecht, S. 55 f.

<sup>501</sup> Krauskopf/Käsling, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Band 1, § 12 SGB V Rdnr. 3.

<sup>502</sup> Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 12 Rdnr. 35 f.

<sup>503</sup> Beuthien/Schmölz, MedR 1996, S. 99 (107).

<sup>504</sup> Beuthien/Schmölz, MedR 1996, S. 99 (107).

ein bestimmter Zweck mit minimalen Mitteln angestrebt<sup>505</sup>. Krankheiten und Kranke konkurrieren um die begrenzten Ressourcen.<sup>506</sup> Andererseits ist es anspruchsbegründend und weist eine Doppelnatur auf, weil es den notwendigen Leistungsstandard beschreibt.<sup>507</sup>

Das Wirtschaftlichkeitsgebot greift erst ein, wenn die geschuldete Leistung auf unterschiedliche Art und Weise erbracht werden kann und erlaubt keinen Substandard, sondern fordert die wirtschaftlich günstigste Möglichkeit, die Leistungsziele zu erreichen<sup>508</sup>. Dies liegt daran, dass der Anspruch des Versicherten auf das Notwendige beschränkt ist (§ 27 Abs. 1 SGB V), wobei der allgemeine Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) eingehalten werden muss.<sup>509</sup> Mit der Forderung nach dem Einsatz der geringsten Mittel zur Realisierung des Heilungserfolges, soll nicht nur eine Kostendämpfung erreicht werden, sondern auch qualitativ minderwertige Leistungen sollen vermieden werden.<sup>510</sup> Liegt für die Behandlung nur eine mögliche Behandlungsalternative vor, die dem Versicherten ausreichend und zweckmäßig die erforderliche Behandlung zukommen lässt, kann sie grundsätzlich nicht aufgrund von Unwirtschaftlichkeit abgelehnt werden.<sup>511</sup>

Die inhaltliche Ausgestaltung des Wirtschaftlichkeitsbegriffes erfolgt durch die Begriffe des Ausreichenden, Zweckmäßigen und Notwendigen, welche im konkreten Einzelfall vorliegen müssen<sup>512</sup>, d.h. ausschlaggebend für die Beurteilung ist der konkrete Zweck, dem das Hilfsmittel im Einzelfall dient.<sup>513</sup> Durch das Wirtschaftlichkeitsgebot sind solche Innovationen von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse ausgeschlossen, die nicht der Funktionalität, sondern vorwiegend der Bequemlichkeit und dem Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels dienen.<sup>514</sup> Für die Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne muss eine begründbare Relation zwischen Kosten und Gebrauchsvorteil des Hilfsmittels gegeben sein.<sup>515</sup> Allein die Kostenhöhe kann nicht zur Verweigerung eines notwendigen Hilfsmittels führen.<sup>516</sup> Die Grenze zur Ablehnung wegen Unwirtschaftlichkeit der Leistung für einen Anspruch des Versicherten liegt dort, wo eine nur geringfügige Verbesserung eines auf breitem Feld anwendbaren Hilfsmittels völlig außer Verhältnis zur Belastung der Versichertengemeinschaft steht.<sup>517</sup>

<sup>505</sup> BSG, Urt. v. 29.02.1984 – 8 RK 27/82, BSGE 56, 197 (198).

<sup>506</sup> Fritze, in: Oberender/Fritze, Nutzenbewertung als Mangelverwaltung?, S. 11.

<sup>507</sup> Wille/Koch, Gesundheitsreform 2007, S. 51 Rdnr. 122.

<sup>508</sup> Igl/Welti, Sozialrecht, § 17 Rdnr. 36.

<sup>509</sup> Beuthien/Schmölz, MedR 1996, S. 99 (107).

<sup>510</sup> Schneider, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, § 22 Rdnr. 5.

<sup>511</sup> Kruse, in: Kruse/Hänlein, LPK-SGB V, § 12 Rdnr. 9.

<sup>512</sup> Schneider, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, § 22 Rdnr. 6.

<sup>513</sup> Ihle, Ärztliche Leitlinien, Standards und Sozialrecht, S. 55.

<sup>514</sup> BSG, Urt. v. 06.06.2002 – B 3 KR 68/01 R, NZS 2003, S. 477 (479).

<sup>515</sup> BSG, Urt. v. 21.11.1991 – 3 RK 43/89, SozR 3-2500 § 33 Nr. 4, S. 10; BSG, Urt. v. 23.08.1995 – 3 RK 7/95, SozR 3-2500 § 33 Nr. 16, S. 79; BSG, Urt. v. 17.01.1996 – 3 RK 38/94, SozR 3-2500 § 33 Nr. 18, S. 94.

<sup>516</sup> Ihle, Ärztliche Leitlinien, Standards und Sozialrecht, S. 56.

<sup>517</sup> BSG, Urt. v. 16.04.1998 – B 3 KR 6/97 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 26, S. 153.

Aufgrund der Ausfüllungsbedürftigkeit des Begriffs der Wirtschaftlichkeit unterliegt dieser als unbestimmter Rechtsbegriff in vollem Umfang der gerichtlichen Nachprüfung.<sup>518</sup>

#### IV. Festbeträge gem. § 36 SGB V

Durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und nicht etwa durch den Gemeinsamen Bundesausschuss werden Festbeträge für Hilfsmittel festgesetzt. Für ein Hilfsmittel, für das ein Festbetrag besteht, werden die Kosten allenfalls in Höhe dieses Betrags übernommen. Dadurch sollen nach Gesetzesbegründung Preisreserven ausgeschöpft werden.<sup>519</sup> Die Statuierung von Festbeträgen macht nur für solche Hilfsmittel Sinn, die nicht individuell angefertigt werden, weil der damit verbundene Dienstleistungsanteil nicht standardisierbar ist.<sup>520</sup>

Durch die Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel durch die Spitzenverbände der Krankenkassen gem. § 36 Abs. 2 SGB V kommt es nicht zu einer Eingrenzung der Leistungspflicht der Krankenkassen. Festbetragsfestsetzungen haben wirtschaftlich keine anspruchrechtliche Bedeutung. Die Festsetzung von Festbeträgen hat vor allem eine wichtige wirtschaftliche Bedeutung für die Hilfsmittel-erbringer, weil bei Bestehen von Festbeträgen die Kosten für Hilfsmittel maximal in der festgesetzten Höhe erstattet werden dürfen (§ 33 Abs. 2 SGB V). Die Differenzkosten zwischen Festbetrag oder vertraglich vereinbarten Betrag und tatsächlichen Kosten kann der Leistungserbringer nur verlangen, wenn er sie auf den Versicherten abwälzt (§ 33 Abs. 1 S. 5, Abs. 6 S. 3 und Abs. 7 SGB V).<sup>521</sup>

#### V. Zusammenfassung

Wie oben ausgeführt, erfolgt eine Einschränkung der Erstattungs- und Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln/Medizinprodukten bereits durch das Leistungsrecht. Zwar legt dieses i.d.R. keinen konkreten Anspruch des Versicherten auf ein bestimmtes Hilfsmittel fest; es werden allerdings die äußeren Grenzen der Leistungspflicht gezogen. Ein Ausschluss konkreter Gegenstände erfolgt allerdings nur durch § 34 Abs. 4 SGB V. In der auf § 34 Abs. 4 SGB V beruhenden Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung werden bestimmte ausgeschlossene sächliche Mittel benannt. Ausschlussgründe sind das Vorliegen eines Gebrauchsgegenstands des täglichen Lebens und die fehlende Erforderlichkeit oder Wirtschaftlichkeit, wobei jeweils eine Betrachtung nach den Umständen des

<sup>518</sup> Muckel, Sozialrecht, § 8 Rdnr. 72.

<sup>519</sup> BT-Drucks. 11/2237, S. 176.

<sup>520</sup> Wille/Koch, Gesundheitsreform 2007, S. 138 Rdnr. 306.

<sup>521</sup> Wille/Koch, Gesundheitsreform 2007, S. 138 Rdnr. 306.

Einzelfalls erfolgt<sup>522</sup>. Deswegen werden dadurch nicht generell bestimmte Gruppen von Hilfsmitteln von der Leistungspflicht ausgeschlossen. Ohne Betrachtung des Einzelfalls sind jedoch solche Hilfsmittel ausgeschlossen, für die objektiv die Unwirtschaftlichkeit oder fehlende Erforderlichkeit festgestellt wurden. Das sind solche, die in allen in Betracht kommenden Einsatzmöglichkeiten als unwirtschaftlich oder nicht erforderlich eingestuft werden müssen.

## E. Begrenzung der Leistungspflicht durch das Leistungserbringungsrecht

Es handelt sich im SGB V um ein in sich geschlossenes und abschließend konzipiertes Rechtskonkretisierungskonzept<sup>523</sup>, wobei im Rahmen des Leistungserbringungsrechts (Viertes Kapitel des SGB V, §§ 69 ff. SGB V) der Anspruch des Versicherten auf ein bestimmtes Hilfsmittel konkretisiert wird.

Zu dem Leistungserbringungsrecht gehört auch die Tätigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bei Hilfsmitteln wird vom G-BA die sog. Hilfsmittel-Richtlinie<sup>524</sup> aufgestellt. Diese trifft im Hinblick auf die Erstattungsfähigkeit allerdings keine Regelungen, sondern regelt lediglich die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Die vertragsärztliche Verordnung ist grundsätzlich keine Voraussetzung für einen Leistungsanspruch des Versicherten, so dass sie ihn nicht ausschließen kann.<sup>525</sup>

Tritt ein Hilfsmittel jedoch in Zusammenhang mit einer neuen Untersuchung- und Behandlungsmethode (§ 135 SGB V) auf, kann es grundsätzlich nur erstattet werden, wenn zuvor der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung angenommen hat. Daher kann in diesem Fall eine Nichtbescheidung oder eine Ablehnung zum Ausschluss der Leistungspflicht der Krankenkasse führen.<sup>526</sup>

Neben der Ausnahme, dass die Hilfsmittel durch einen Vertragsarzt<sup>527</sup> abgegeben werden (verkürzter Versorgungsweg), erfolgt die Versorgung mit Hilfsmitteln durch nichtärztliche Leistungserbringer. In Bezug auf den verkürzten Versor-

<sup>522</sup> So Klückmann, Anmerkung zum Urteil des BSG v. 16.09.2004 – B 3 KR 20/04 R, jurisPR-SozR 16/2005 Anm. 3, in Bezug auf die Notwendigkeit einer individuellen Prüfung im Einzelfall.

<sup>523</sup> Schwerdtfeger, NZS 1998, S. 49.

<sup>524</sup> Vom Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i.d.F. v. 17.06.1992, BAnZ 1992, Beilage Nr. 173 b; zuletzt geändert am 19.10.2004, BAnZ 2005, S. 89; in Kraft getreten am 06.01.2005.

<sup>525</sup> Näheres dazu s.o. unter 2. Kapitel D.

<sup>526</sup> Näheres dazu s.u. unter 3. Kapitel D.III.

<sup>527</sup> In der Praxis anzutreffen ist etwa die Abgabe von Kontaktlinsen durch Augenärzte. Angesichts des immer größer werdenden Kostendrucks versuchen immer mehr Ärzte, sich neue Einkommensfelder zu erschließen. So Kranig, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rndr. 4.



gungsweg sind viele Einzelheiten noch immer umstritten.<sup>528</sup> Der Versicherte erhält die Leistung (zumeist) unmittelbar von externen Leistungserbringern, die für die gesetzlichen Krankenversicherungen handeln.<sup>529</sup>

Neben den allgemeinen Regelungen der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern (§§ 69-71 SGB V) finden sich spezielle Regelungen zum Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Hilfsmitteln in den §§ 126-127 SGB V. Die Vorschriften regeln nicht nur die Versorgung durch Leistungserbringer als Vertragspartner. Sie befassen sich mit der Abwicklung in Bezug auf Abgabe und Qualität von Hilfsmitteln sowie den zusätzlich zu erbringenden Leistungen und den Einzelheiten über den Abschluss der Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.

Die Krankenkassen gewährleisten durch Verträge mit den Leistungserbringern eine Versorgung mit Hilfsmitteln gem. § 27 Abs. 1 i.V.m. § 33 Abs. 1 SGB V.<sup>530</sup> Hieran verdeutlicht sich das Rechtskonkretisierungskonzept des SGB V – Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht sind untrennbar miteinander verbunden; das Leistungsrecht wird durch das Leistungserbringungsrecht konkretisiert.<sup>531</sup>

Diese Beziehungen sind deswegen wichtig, weil auch innerhalb der Beziehungen Inhalt und Grenzen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt werden und diese Regelungen einen starken Einfluss auf die Stellung der Leistungserbringer haben und die Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln beeinflussen.

Bevor jedoch geklärt wird, unter welchen Voraussetzungen die einzelnen Hilfsmittelerbringer zur Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte berechtigt sind und wie die vertraglichen Beziehungen zwischen Erbringern und Krankenkassen ausgestaltet sind, ist auf die Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses (§ 139 SGB V) bei der Leistungserbringung von Hilfsmitteln einzugehen.

<sup>528</sup> Zur Zulässigkeit des verkürzten Versorgungswegs s. etwa *Thünken*, MedR 2007, S. 578 ff. Zur berufsrechtlichen Zulässigkeit s. *Spickhoff*, NJW 2004, S. 1710.

<sup>529</sup> BSG, Urt. v. 23.01.2003 – B 3 KR 7/02 R, NZS 2004, S. 38 (41); BGH, Beschl. v. 25.11.2003 – 4 StR 239/03, MedR 2004, S. 268.

<sup>530</sup> *Heinze*, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, § 40 Rndr. 2 f.

<sup>531</sup> *Kirchhoff*, SGB 2005, S. 499 (502).

Medizinprodukte als Hilfsmittel in der gesetzlichen  
Krankenversicherung

Wabnitz, T.

2009, XX, 254 S., Softcover

ISBN: 978-3-540-88548-1