

# Hilfsmittelversorgung durch SPZ oder MZEB (Fluch und Segen)

Hilfsmittel, die durch die behandelnden Ärztinnen der SPZ oder MZEB verordnet werden, müssen nicht mehr durch den MD regelhaft überprüft werden und so können die Betroffenen die benötigten Hilfsmittel viel schneller erhalten. So oder ähnlich klingen aktuell ohne jedwede Einschränkung die Stellungnahmen insbesondere hier auf der Plattform LinkedIn.

## Aber stimmt das auch?

Leider muss man dies mit einem klaren **nein** beantworten.

Normalerweise würden wir uns zu solchen Themen auf dieser Plattform nicht so stark positionieren. Aber den von uns betreuten Familien, die ja fast ausschließlich an SPZ und MZEB angebunden sind, und damit von einer guten Lösung profitieren würden, wird aktuell ein falscher Eindruck vermittelt.

- In der neuen gesetzlichen Regelung ist gerade **nicht** normiert, dass eine Verordnung des SPZ für ein Hilfsmittel durch die gesetzliche Krankenkasse bewilligt werden **muss**. Es gibt keine Bindungswirkung für die Krankenkasse. Es wird nur eine Vermutung für die Notwendigkeit attestiert. Eine Vermutung kann aber ohne weitere Begründung als widerlegt behauptet werden.
- Diese Vermutung bezieht sich im Übrigen aber auch nur auf die Notwendigkeit eines Hilfsmittels wie z.B. einen Rollstuhl. Erfahrungsgemäß wird bei einem hohen Anteil der Fälle von der Krankenkasse die Notwendigkeit z.B. des Rollstuhls gar nicht in Frage gestellt. Streit besteht dann nur dahingehend, ob der beantragte Rollstuhl angemessen ist. Wie gesagt, diesen Streit sieht das Gesetz überhaupt nicht. Darf der MD in diesen Fällen weiter jedes Mal prüfen?
- Erfahrungsgemäß betragen die Wartezeiten auf einen Termin im SPZ häufig ca. 6-9 teilweise sogar bis zu 12 Monate. Das mag unterschiedlich sein. Aber wie wird dies praktisch für die Familien? Dann gewinnt die Familie zeitlich doch gar nichts. (Wissen wir im Übrigen, wie viele Kinder Anspruch auf Zugang zum SPZ hätten, bislang dies aber nicht gemacht haben?) Erhöht sich dadurch nicht die Wartezeit? Muss dann die behandelnde Ärztin des SPZ auf Zu- bzw. Anruf eine Verordnung erstellen, wenn das Kind keinen zeitnahen Termin bekommt (Die ins Gesetz eingefügte 3 Wochen-Frist ist ja auch nicht unbeachtet zu lassen)? Darf sie das so ohne weiteres, wenn sie das Kind gar nicht gesehen hat?
- Was ist denn eigentlich mit den Kindern, die z.B. ein auch ein Hilfsmittel benötigen, aber keinen Anspruch auf Zugang zum SPZ haben?

Hier ein Beispiel: Zwei Kinder benötigen jeweils einen Rollstuhl, um die Schule besuchen zu können und mobil zu sein. Das eine Kind hat z.B. MPS und ist an das SPZ angegliedert. Das andere Kind ist z.B. unfallbedingt beinamputiert und hat mangels z.B. kognitiver Einschränkungen keinen Zugang zum SPZ. Beide Kinder brauchen jetzt den Rollstuhl. Was macht die Situation für das an das SPZ angegliederte Kind eiliger? Warum soll das beinamputierte Kind länger darum kämpfen müssen? Sollten wir wirklich ohne Not die gemeinsamen Interessen der Betroffenen auf einem solchen Wege auseinanderdividieren? Das ist doch eine nicht nachvollziehbare Ungleichbehandlung.

- Das Ziel des Gesetzes ist ausdrücklich gewesen, dass die Ärzte des SPZ-Patienten, die regelmäßig im SPZ sind, kennen. Das Gesetz hat aber genau dies **nicht** geregelt. Also jeder, der im

SPZ auch zum ersten Mal erscheint, hat den entsprechenden Anspruch. Eine regelmäßige Behandlung hat der Gesetzgeber ausdrücklich nicht mit aufgenommen.

- Die Gesetzesbegründung, die zwar keinen Gesetzescharakter hat, aber bei der Auslegung des - hier besonders schwammigen Gesetzestextes- wichtig ist, hat ausdrücklich formuliert, dass regelhafte Überprüfungen des MD nicht mehr erfolgen sollen. Gleichzeitig wird aber auch auf die sozialrechtlichen Grundsätze verwiesen (Wirtschaftlichkeitsgebot, Verbot der Doppelversorgung, Kostendeckelung der Krankenkassenleistungen zugunsten der Solidargemeinschaft sind da nur die wichtigsten). Es ist also schlicht falsch zu behaupten, der MD dürfe nicht mehr prüfen. Es ist aber nun völlig offengeblieben, wie oft oder wann der MD tätig wird. Gibt es irgendwelche Aussagen von den Krankenkassen, wie sie dies beabsichtigen zu händeln? Erfolgt dies nach Zufallsprinzip oder doch anders? Darf die Krankenkasse dies selbst entscheiden und war das wirklich der Sinn des Gesetzes?
- Kommt es jetzt nicht zwangsläufig dazu, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eingeschaltet wird, der dann die Umsetzung des Gesetzes vorgibt. In diesem sind ärztliche Standesvertreter und die Krankenkassen (jeweils mit Stimmrecht) und Patientenvertreter (ohne Stimmrecht) die Entscheider. Es darf bezweifelt werden, dass das der richtige Weg im Sinne der Familien ist.

Nicht dass wir uns missverstehen: Jede Verbesserung für die Familien ist zu befürworten. Es kann sein, dass die Krankenkassen einige Verfahren durchlaufen lassen. Aber es ist aktuell tatsächlich völlig ungeregelt und dann werden wieder die Gerichte zu entscheiden haben.

Jedenfalls sollte man den Familien nicht suggerieren, sie würden über das SPZ oder MZEB garantiert das verordnete Hilfsmittel erhalten.

Zum Abschluss sei nur darauf hingewiesen, dass doch ein erheblicher Prozentsatz von Verfahren insbesondere im Krankenversicherungsrecht aus Gründen zu extrem langen Verfahren und Ablehnungen führen, die überhaupt nicht von der Krankenkasse zu verantworten sind, sondern andere bislang nicht angesprochene Gründe haben.

Hier sollte man sicherlich in der nahen Zukunft evaluieren, wie man das ohne umständliche Gesetzgebung durch konsequente Zusammenarbeit von Familien, Hilfsmittelanbieter, behandelnde Ärztinnen und Sozialrechtlern schneller und kostenfrei verbessert. Das ist definitiv möglich und wäre eine praktische Erleichterung für die Familien.

Manchmal sind es die einfachen Lösungen, die helfen.

(Text: Christian Wiedenmann, Fachanwalt für Sozialrecht)