

Die Begutachtung von Hilfsmitteln aus Sicht des MDK

L. Kern

Abstract/Zusammenfassung

Assessment of medical aids by the MDK

The use of medical and assistant technology to overcome personal disabilities can ease private life in the community as well as the occupational reintegration of a patient. Of utmost importance in such cases, however, is not only the awareness of which aids are potentially available, knowledge which lies within the professional competence of orthopaedic technicians, but also a good knowledge of the legal structure of the social systems. Although the rights of the disabled are defined by the German social laws SGB IX, the financial aspects of reimbursement in each individual case are dependant on the regulations of the specific branch of the social security system. Case assessment by the medical advisors of the health insurance companies in Germany (MDK) must by law take into account the medical indication for treatment according to § 33 SGB V and the cost effectiveness according to § 12 SGB V. The medical expert is responsible only for the medical assessment, but he must word his findings in such a way that the social ad-

ministration of the health insurance company can make decisions about the financial side. During this process it is possible that other branches of the social security system may be identified as responsible for reimbursement. Furthermore, medical assessment by the MDK of medical aids provided in the past can become necessary, if there is evidence of wrong or inadequate benefit.

Die Begutachtung von Hilfsmitteln aus Sicht des MDK

Die bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln kann im Einzelfall wesentlich sowohl zur Sicherung des Lebens in der Gemeinschaft als auch zur beruflichen Wiedereingliederung beitragen. Wichtig ist dabei jedoch, neben den grundsätzlichen Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung – deren technischen Details und praktische Umsetzung vorrangig in die Fachkompetenz des Orthopädie- oder Rehatheknikers fällt – auch die gesetzlichen Grundlagen der einzelnen Sozialleistungsträger zu kennen. Denn wäh-

rend die grundsätzlichen Rechte behinderter Menschen im SGB IX geregelt sind, unterliegt die Übernahme der Kosten im Einzelfall dem Leistungsrecht des jeweiligen Sozialversicherungszweiges. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung MDK beurteilt die medizinische Notwendigkeit einer Versorgung im Einzelfall, entsprechend der Vorgaben des § 33 SGB V unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aus § 12 SGB V. Er ist dabei alleine seinem medizinischen Sachverstand verpflichtet, muss aber die medizinischen Sachverhalte in seiner Beurteilung so aufbereiten, dass der Sachbearbeiter der Kranken- oder Pflegekasse daraus eine Leistungsentscheidung ableiten kann. Dabei können auch Erkenntnisse, die auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers hinweisen, von Bedeutung sein. Auch eine bereits erfolgte Hilfsmittelversorgung kann Anlass für eine Begutachtung durch den MDK sein, wenn sich Hinweise auf eine fehlerhafte oder ungenügende Versorgung ergeben.

Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2010; 45: 76–78

► Der gesetzliche Anspruch behinderter Menschen auf die Versorgung mit Hilfsmitteln

Nach § 1 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Die Vorschriften dieses Buches gelten grundsätzlich für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen

zur Teilhabe richten sich somit nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

Zur Teilhabe werden nach § 5 SGB IX folgende Leistungen erbracht:

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt gemäß § 14 SGB IX der angegangene Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei

ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu.

Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen.