

Hausarbeit
Behindertenpädagogik
Wintersemester 2007/2008

**Beantragung auf Genehmigung eines neuen
Rollstuhls**

Eine Art Erfahrungsbericht

von
Margarita Neumüller
Julia Stöckhardt
IB MA Mannheim

ET 3

22.01.2008

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Rollstuhlanpassung	5
2.1	“Ein Rollstuhl soll passen wie ein Schuh”	5
2.2	Die Sitzbreite	5
2.3	Die Sitztiefe	6
2.4	Die Rückenlehnenhöhe	7
2.5	Die Unterschenkellänge	8
2.6	Die Sitzhöhe	8
2.7	Feineinstellungen	8
2.8	Ausrüstung und Zubehör	10
3.	Falldarstellung	12
3.1	Patientenvorstellung	12
3.2	Diagnose	12
3.3	Beschreibung des Krankheitsbildes	12
3.4	Gegenwärtiger Befund	13
4.	Procedere	14
4.1	Phase 1	14
4.1.1	Formulierungshilfe für einen Antrag auf Kostenübernahme	14
4.2.	Phase 2	16
4.3	Phase 3	17
4.4	Phase 4	17
4.5	Phase 5	18
5.	Rechtliche Informationen	18
5.1	Die Entscheidung des Sozialleistungsträgers	18
5.1.1	Der ablehnende Bescheid	18
5.1.2	Widerspruch	18
5.1.2.1	Frist	18
5.1.2.2	Form	19
5.1.3	Widerspruchsbescheid	19
5.1.4	Untätigkeit des Sozialleistungsträgers	19
5.2	Auszüge aus den Gesetzestexten Sozialgesetzbuch (SGB)	20
5.2.1	SGB V	20

5.2.1.1 § 33 Hilfsmittel	20
5.2.1.2 § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit	21
5.2.2 SGB IX	21
5.2.2.1 § 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	21
5.2.2.2 § 31 Hilfsmittel	21
6. Literaturverzeichnis	23
Anhang I + II	

1. Einleitung

Die Aufgabenstellung gab keinen konkreten Themenrahmen vor und stellte uns vor die Herausforderung, aus der Vielfaltigkeit der ergotherapeutischen Bereiche einen auszuwählen und innerhalb dieses Bereiches ein Thema aufzugreifen, dass für unsere spätere ergotherapeutische Arbeit sowohl relevant als auch von Interesse ist.

Für Ergotherapeuten stellt die Anpassung eines Rollstuhls zunächst, aufgrund eines strukturierten Vorgehens und eines kompetenten Basiswissen keine große Schwierigkeit dar. Das weitere Procedere sollte, so denkt man zumindest, seinen üblichen Gang nehmen, an dessen Ende der Klient zufrieden mit seinem neuen Rollstuhl ausgestattet ist. Weit gefehlt! Der bürokratische Weg nimmt seinen Verlauf über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Und dieser lehnt fast schon prinzipiell erst einmal alle Anträge für einen neuen Rollstuhl kategorisch ab.

Im Folgenden wollen wir sowohl die Kriterien für eine Rollstuhlanpassung im Allgemeinen als auch eine exemplarische Falldarstellung über den Verlauf einer Beantragung eines neuen Rollstuhls aufzeigen.

Wir schildern einen aktuellen konkreten Fall, basierend auf einem Interview mit dem Betroffenen und seinem stattgehabten Briefwechsel mit seiner Krankenkasse und geben gleichzeitig Formulierungshilfen und rechtliche Informationen.

Wir hoffen, eine kleine Hilfestellung zu einer erfolgreichen Kostenübernahme für einen neuen Rollstuhl geben zu können. Es ist wichtig, passende und unwiderlegbare Argumente und Tatsachen zur Hand zu haben. Denn dann kann eine Widerspruchserklärung überzeugen.

2. Rollstuhlanpassung

2.1 "Ein Rollstuhl soll passen wie ein Schuh"¹

Wie bei jeder Hilfsmittelversorgung ist es wichtig, den Rollstuhl an den Nutzer anzupassen.

Ein Rollstuhl sollte folgende Eigenschaften bieten:

- so stabil wie möglich
- so passend wie möglich
- so leicht wie möglich
- so viel Bewegungsmöglichkeit wie möglich

Diese Eigenschaften klingen wie selbstverständlich, trotzdem besitzen viele Rollstuhlfahrer nicht den für sie individuell angepassten Rollstuhl.

Da Rollstuhlfahrer den Großteil ihres Tages im Rollstuhl verbringen, ist das Beste gerade gut genug.

Bei der individuellen Rollstuhlanpassung ist es wichtig, einen vorhandenen Rollstuhl als Vorlage zu benutzen. Somit kann am besten eingeschätzt werden, welche tatsächlichen Maße benötigt werden.

2.5 Die Sitzbreite

(Anm.: Der rote Pfeil in den folgenden Bildern markiert die Messstellen)



¹ KLINIK, Regina (2007)

Gemessen wird die Sitzbreite am Körper im Bereich der Hüftknochen. Bei vorhandenem Rollstuhl wird zwischen den Seitenteilen gemessen. Zwischen Hüfte und Seitenteil sollte höchstens eine flache Hand passen. Die Sitzbreite sollte so weit wie nötig und knapp wie möglich angesetzt werden, d.h. die Oberschenkel dürfen und sollen am Seitenteil anliegen, um eine gute Führung sowohl der Beine als auch des Rollstuhls selbst zu erreichen. Weniger ist hier meistens mehr, das gilt nicht nur für den Sportbereich, sondern auch für den Alltag. Zum einen wird der Stuhl leichter, je schmaler er ist, zum anderen ist die Sitzbreite mitentscheidend für die Gesamtbreite des Rollstuhls - und das ist oft wichtig bei engen Durchfahrten (Hauptproblem Toiletten). Außerdem: Je breiter der Rollstuhl wird, desto weiter müssen die Arme beim Fahren vom Körper abgewinkelt werden, der Hebel wird schlechter, und das Fahren wird anstrengender.

Da die Rückenbespannung die gleiche Breite hat wie der Sitz, besteht darüber die Gefahr, dass durch eine zu breite Rückenbespannung wegen der mangelnden seitlichen Stabilität Haltungsschäden entstehen. Auch eine vorhandene anpassbare Rückenbespannung wird dadurch in ihrer Wirkung gemindert.

2.6 Die Sitztiefe



Zum Feststellen der Sitztiefe wird vom Rückenrohr bis zu den Kniekehlen gemessen, abzüglich 2 bis 3 Finger breit. Ein zu kurzer Sitz bedeutet eine erhöhte Belastung für die Sitzbeine bzw. Oberschenkel (und dadurch erhöhte Gefahr von Druckstellen), ein

zu langer Sitz bedeutet eine schlechtere Sitzhaltung, da man automatisch nach vorne rutscht.

Zwischen vorderem Ende der Sitzbespannung und Kniebeuge sollten 2 - 3 Finger Luft sein. Mehr bedeutet, dass die Oberschenkel zu wenig Auflage und Führung haben und die Sitzposition dadurch instabil wird. Wenn jedoch die Sitzbespannung bzw. Kante des Sitzkissens in die Kniebeuge und an den Unterschenkel stößt, besteht die Gefahr, dass die Durchblutung des Beins beeinträchtigt wird. Berücksichtigen sollte man auch, dass eventuell bei vorhandener anpassbarer Rückenbespannung der Benutzer durch den "Durchhang" des Rückens weiter nach hinten zu sitzen kommt.

2.7 Die Rückenlehnenhöhe



Die Rückenlehnenhöhe sollte (bei Querschnittlähmung) im Allgemeinen ungefähr bis zur Lähmungshöhe reichen (z. B. bei Frischverletzten mit Querschnittslähmung), eher etwas tiefer. Keinesfalls sollte sie höher als bis zur Unterkante des Schulterblattes reichen, ansonsten besteht zu wenig Bewegungsfreiheit des Oberkörpers beim Anschieben und Umdrehen.

Andere Behinderungen können in den Maßen abweichen, so darf man z. B. bei Spastikern die Lehne nicht zu kurz wählen. Als Faustregel kann man sagen: 2 - 3 Finger breit unterhalb der Unterkante des Schulterblatts messen.

2.5 Die Unterschenkelänge

Hierbei wird die Länge von den Kniekehlen bis zur Ferse gemessen. Ganz wichtig dabei ist es, die Höhe des Sitzkissens sowie die Schuhe und eventuelle Schienen mit einzuberechnen. Der Oberschenkel soll auf dem Sitz glatt aufliegen und die Füße sollen fest auf dem Fußbrett stehen.

2.7 Die Sitzhöhe



Die Sitzhöhe ergibt sich durch den Abstand des vorderen bzw. hinteren Endes der Sitzbespannung vom Boden. Bei vorhandener Sitzneigung sind die Maße unterschiedlich. Eine niedrige Sitzhöhe ist z. B. für Hemiplegiker notwendig (zum Einsatz des/der Füße zur Fortbewegung).

2.7 Feineinstellungen

Nachdem die Grundmaße ausgemessen wurden, sollte der Rollstuhl bei Anlieferung durch Feineinstellung der verschiedenen Details nochmals genau auf den Benutzer eingestellt werden, nur so ist eine optimale Versorgung gewährleistet.

Die **Kippligkeit** ist hauptsächlich durch die Hinterachsposition einstellbar (Lochplatte oder stufenlos), bei einigen neuen Modellen mit fest verschweißtem Fahrgestell auch durch Versetzen der gesamten Sitzeinheit. Sie sollte auf jeden Fall verstellbar sein.

mehr Kippligkeit wird erreicht durch die Achsaufnahme nahe des Körperschwerpunktes. Dieser ist im Sitzen knapp vor den Hüftknochen, kann aber durch unterschiedliche Beinlängen und -schwere etwas variieren. Dies bedeutet leichteres Handling und mehr Drehfreudigkeit bei geringerem Kraftaufwand; evtl. sind Kippschutzräder nötig. So eingestellt ist es gewährleistet, dass die Arme eine große Bewegungsfreiheit haben. Der Rollstuhl dreht sich leicht, weil die Achsaufnahme nahe des Drehpunktes des Körpers liegt und das Ankippen fällt so leicht, wie der Benutzer das wünscht und braucht. In vertikaler Ebene soll der Abstand zwischen Schultern und Hinterrad so eingestellt werden, dass ein um 90 Grad angewinkelter Unterarm einige Zentimeter über dem höchsten Punkt des Hinterrades ist, bzw. die Hände die Nabe leicht erreichen können.

Die **Drehfreudigkeit** wird hauptsächlich durch Schrägstellung der Hinterräder beeinflusst. Dieser ist zumeist veränderbar, entweder stufenlos oder durch Austauschen von Adaptern. Mehr Sturz bewirkt leichteres Kurvenverhalten und Drehen und größere seitliche Kippstabilität – allerdings wird der Stuhl breiter. Die Drehfreudigkeit hängt aber auch von der Kippligkeit und Position der Vorderräder ab. Außerdem sind die Hände und Finger vor dem Einklemmen geschützt (wichtig auch beim Rollstuhlsport).

Der **Abstand** zwischen **vorderen und hinteren Rädern** sollte so gewählt werden, dass die Wendigkeit erhalten bleibt, aber ein „Nachvornekippen“ vermieden wird.

Die **Lenkradachse** muss immer senkrecht zum Boden stehen, um flatternde Vorderräder und Schwierigkeiten beim Lenken und Anfahren zu vermeiden.

Die **Sitzneigung** wird meist über die Höhe der Vorderräder eingestellt, außer bei Modellen mit separater Sitzeinheit. Meist ist ein Wert zwischen 0 und 4 Grad zu empfehlen, d.h. hinten etwas tiefer. Eine Sitzneigung um einige Grad hat größere Sitzstabilität zur Folge, was bei fehlender Rumpfstabilität positiv ist, allerdings auch eine stärkere Anwinkelung im Hüft- und Beinbereich bewirkt, dadurch im Extremfall evtl. Beeinträchtigung der Durchblutung oder vergrößerte Spasmusneigung.

Die anpassbare **Rückenbespannung** (durch Klettbänder) muss so eingestellt werden, dass sie sich der Rückenkontur des Benutzers anpasst und dadurch Sitzstabilität bietet.

Nicht zuletzt ist darauf zu achten, dass die **Feststellbremsen** so eingestellt sind, dass sie ihrer Funktion nachkommen können.

2.8 Ausrüstung und Zubehör

Das **Fußbrett** gibt einem Rollstuhl zusätzlich Stabilität, deshalb sollte wenn möglich ein durchgehendes Fußbrett gewählt werden. Ein zweigeteiltes Fußbrett, das die Stabilität beeinträchtigt und zusätzliches Gewicht bringt, sollte z. B. bei geh- bzw. stehfähigen Benutzern verwendet werden, da es das Aufstehen erleichtert, oder wenn die Beine stark unterschiedliche Einstellungen benötigen.

In den Rahmen **integrierte Fußstützen** haben ein niedrigeres Gewicht als abnehmbare, diese haben aber den Vorteil, dass man den Rollstuhl verkürzen kann, was z. B. beim Anfahren von Badewanne oder Bett oder beim Verladen in Fahrzeuge wichtig sein kann. Bei faltstühlen sind die Fußbretter in der Regel klappbar und behindern nicht das Zusammenklappen.

Ein **Wadenband** verhindert das Durchrutschen der Füße nach hinten.

Von Fall zu Fall können zusätzliche Fixierungen nötig werden, diese müssen ebenfalls individuell angepasst werden. Auch hier gilt die Regel: So wenig wie möglich.

Jeder Rollstuhl sollte über ein **Sitzkissen** verfügen, schon aus hygienischen Gründen, vor allem aber zur Dekubitusprophylaxe. Für verschiedene Behinderungsbilder gibt es mittlerweile verschiedene Arten von Spezialkissen, mit unterschiedlicher Sitzhöhe links und rechts und Kissen mit Silikonfüllung, die sich anatomisch anpassen. Varianten sind z. B. Schaumstoffkissen, Silikon-Gelkissen, Luftkissen, Latex-Bienenwabenkissen. Der Bezug sollte atmungsaktiv und leicht zu waschen sein. Ersatzpolster sollten vorhanden sein, am günstigsten ein Ersatzkissen. Auf jeden Fall sollte es leicht sein.

Rückenkissen oder **modulare Rückensysteme** sollten nur bei schweren Haltungsschäden, Druckempfindlichkeit oder ähnlichem in Betracht gezogen werden. Sie sind Zusatzteile und machen den Rolli schwerer. Oft lassen sie sich durch anpassbare Rückenbespannungen kompensieren.

Eine **Sitzschale** sollte nur dann vorgenommen werden, wenn sie aus orthopädischer Sicht unbedingt nötig ist. Sitzschalen schränken die Bewegungsmöglichkeiten extrem ein und machen den Rollstuhl schwerer.

Eine **Fixierung** mittels eines Gurtes sollte nur wenn unbedingt nötig vorgenommen werden. Das Verletzungsrisiko wird nicht gemindert, es steigt!

Steckachsen machen den Rollstuhl um ein vielfaches leichter transportabel und sind auch nicht schwerer als feste Achsen. Bei den meisten neueren Stühlen gehören Steckachsen bereits zum Standard.

Auf **Trommelbremsen** sollte möglichst verzichtet werden, außer wenn sie bei mentaler Behinderung aus Sicherheitsgründen unbedingt erforderlich sind. Sie erschweren den Rollstuhl und machen viele Einstellmöglichkeiten zunichte.

Kippschutzräder (sollten einschwenk-/klappbar sein!) sind sinnvoll bei unsicheren FahrerInnen u. Kindern und gleichzeitiger kippliger Einstellung des Rollis.

Höhenverstellbare Schiebegriffe für rüchenschonendes Schieben bzw. Treppensteigen sind nicht nur bei Kindern sinnvoll, allerdings etwas schwerer.

Kleiderschutzseitenteile (steckbar oder verschraubt) sollten nicht zu weit über Reifen ragen (ansonsten erschweren sie das Schieben; auch die Verletzungsgefahr für Hände wird erhöht).

Speichenschutzscheiben aus Kunststoff sind sinnvoll bei Verletzungsgefahr im Sport oder bei kleineren Kindern, sind oft optisch reizvoll, aber relativ schwer.

Ein **Einhandantrieb** ist sinnvoll, wenn ein Arm deutlich besser gebraucht werden kann als der andere. Hierbei befinden sich zwei konzentrische Greifreifen auf einer Seite, von denen der kleinere mit dem gegenüberliegenden Rad verbunden ist. Wenn man beide Greifreifen zugleich antreibt, fährt der Rollstuhl geradeaus, schiebt man jeweils nur an einem, beschreibt der Stuhl eine Kurve nach der einen oder anderen Seite.

(Dieses sind einige Beispiele, wir erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit)

Fazit: Ein gut angepasster und eingestellter Rollstuhl lässt sich leichter fahren und kann so die Mobilität deutlich verbessern bzw. erhöhen.

3. Falldarstellung

3.1 Patientenvorstellung

Herr Z. ist 56 Jahre alt und erkrankte 1982 an Multipler Sklerose. Er ist geschieden und lebt alleine in einer barrierefreien Eigentumswohnung in einer Kleinstadt im Rhein-Neckar-Kreis. Herr Z. sitzt in einem elektrischen Rollstuhl (lediglich seine rechte Hand und sein rechter Arm sind noch eingeschränkt funktionsfähig) und ist in der Lage selbstständig mit Assistenz sein Leben zu führen.

3.2 Diagnose

Multiple Sklerose (chronisch-progredient)

3.3 Beschreibung des Krankheitsbildes

Die Multiple Sklerose ist eine chronisch verlaufende, entzündliche und demyelinisierende Erkrankung des zentralen Nervensystems unklarer Pathogenese (nach heutigem Wissensstand ist die MS eine durch T-Lymphozyten beeinflusste Autoimmunerkrankung, bei der zusätzlich auch genetische und epidemiologische Faktoren eine Rolle spielen).

Die häufigsten Symptome:

- spastische Symptome und Pyramidenbahnzeichen
- zerebelläre Störungen und Intensionstremor
- Sensibilitätsstörungen

- Augenmuskelparesen
- Nervus opticus-Erkrankungen
- Nystagmus
- Beeinträchtigung vegetativer Funktionen
- Fazialis paresen
- Sprach- und Sprechstörungen

Es gibt drei unterschiedliche Verlaufsformen einer MS:

- Schubweise mit Remissionen
- primär chronisch-progredient
- sekundär chronisch-progredient.

3.5 Gegenwärtiger Befund

Herr Z. sitzt seit ca. 10 Jahren in einem E-Rollstuhl, den er mit der rechten Hand bedienen kann.

Die Tetraplegie ist mit ihren Lähmungserscheinungen weit fortgeschritten:

- untere Extremitäten komplette Plegie
- obere Extremitäten links komplette, rechts inkomplette Plegie
- Rumpfstabilität minimal
- Schultermuskulatur links komplette, rechts inkomplette Plegie .

Herr Z. ist in der Lage, mit der rechten Hand den E-Rollstuhl mittels Joystick-Modul zu bedienen.

Zusätzliche Symptome:

- Spastiken
- Sensibilitätsstörungen
- Beeinträchtigung vegetativer Funktionen
- Sprechstörungen

Seit bereits 1,5 Jahren leidet Herr Z. zusätzlich unter einem persistierenden Dekubitus am Gesäß, welcher permanente Schmerzen für den Klienten zur Folge hat. Trotz umfangreicher Behandlungen der Haut sowie die Anwendung verschiedener Sitzkissenmodelle konnte der Dekubitus bisher nicht erfolgreich therapiert werden.

3.6 Zielformulierung

Aufgrund des persistierenden Dekubitus am Gesäß, ist das einzige verbleibende Vorgehen, um einen Heilungsprozess zu erreichen, die Entlastung. Um die größtmögliche Selbständigkeit des Klienten dabei zu erhalten, ist somit ein E-Rollstuhl mit integrierter Stehfunktion notwendig.

4. Procedere

4.1 Phase 1

Im Juli 2007 entschied sich Herr Z. aufgrund seiner persistierenden Dekubitusproblematik einen neuen Rollstuhl mit integrierter Stehfunktion zu beantragen (zudem ist sein bis dato genutzter Rollstuhl stark reparaturbedürftig und mittlerweile knapp 10 Jahre alt). Seine Wahl fiel auf den LEVO-Combi (Bild siehe Anhang I), weil dieser sowohl für die räumlichen Gegebenheiten in der Wohnung des Herrn Z. als auch für seine Zweckbestimmung (Entlastung) eine adäquate Hilfsmittelversorgung gewährleistet. Herr Z. stellt am 15.07.2007 einen Antrag auf Kostenübernahme bei seiner Krankenkasse. Am 08.08.2007 teilte die Krankenkasse den Eingang dieses Schreibens mit.

4.1.1 Formulierungshilfe für den Antrag auf Kostenübernahme

Grundsätzlich ist eine Verordnung (Rezept) mit Diagnosestellung notwendig. Zusätzlich sollte diese das zu beantragende Rollstuhlmodell (nach Probe) beinhalten. In der Regel wird eine ärztliche Bescheinigung angefordert, in der der behandelnde Arzt medizinisch begründete Argumente für die Hilfsmittelverordnung angibt. Aufzuführen wären hier:

- **Spastikreduzierung** (Training der tonusregulierenden Stellreaktionen)

Spastik kann die Sicherheit des Patienten im Rollstuhl oder bei Transfers gefährden, zumindest aber ihn in seiner Selbständigkeit stark beeinträchtigen. Zudem gilt Spastik als Potenzierungsfaktor der Kontrakturgefahr.

- **Kontrakturprophylaxe** in Hüft-, Knie- und Fußgelenken

Durch permanentes Sitzen, bzw. durch eingeschränkten Gebrauch des maximalen Bewegungsausmaßes eines Gelenkes entstehen nicht mehr aufdehnbare Verkürzungen der Muskulatur in Hüft-, Knie- und Fußgelenken. Diese erschweren die

Pflege, verursachen in Rückenlage Schmerzen durch Hebelwirkung auf die Wirbelsäule und werden gegebenenfalls operationspflichtig.

- **Kontrakturtherapie**

Bestehende Kontrakturen können effektiv durch frühzeitiges und dosiertes Aufdehnen gemindert oder beseitigt werden. Die Häufigkeit der Ausdehnung muss der Dauer der täglichen Sitzzeit in einem angemessenen Verhältnis gegenüber stehen um Erfolge zu erzielen.

- **Vermeidung von Dekubitus**

Durch Entlastung der druckintensiven Bereichen (Steiß, Tuber, Wirbelsäule) und damit Durchblutungsverbesserung als unmittelbarer Dekubituschutz. ☹

- **Aufbau der Oberkörpermuskulatur**

durch den erweiterten Gebrauch der Arme im Stand und durch Balancereaktionen und Stellreaktionen der Haltemuskulatur.

- **Osteoporoseprophylaxe**

Knochenstoffwechsellanregung zur Vermeidung von Inaktivitätsosteoporose (Osteoporose durch Nichtbelastung). Typische Folgen sind Knochenbrüche

- **Orthostatisches Kreislauftraining**

Zur Vermeidung von Gefäßschäden durch Stauungen, typische Folge sind Ödeme in den Beinen, die wiederum schwere Durchblutungsstörungen durch die erhöhte Druckbelastung im Gefäßsystem nach sich ziehen und nochmalige Erhöhung der ohnehin bestehenden Trombosegefahr.

- **Tromboseprophylaxe**

durch Kreislaufanregung (und ggf. Aktivierung der Muskelpumpe).

- **Verbesserter Urinabfluss** aus Nieren Blasen

Unzureichende Nieren- und Blasenfunktion zieht mindestens eine Kathederpflicht nach sich, in schweren Fällen kann aber auch eine Zerstörung der Blase durch

Überdehnung oder eine Zerstörung der Niere durch Rückstau die Folge sein. Vermeidung oder Verringerung von Entzündungen.

- **Verbesserte Verdauungsfunktion**

Die sitzende Position übt Druck auf den Bauraum aus und führt zu eingeschränkter Darmperistaltik.

- **Verbesserte Atemsituation**

Durch den Druck auf den Bauchraum wird die Atembewegung verhindert und die Atmung verflacht. Es kommt zu einer schlechteren Verteilung der Atemluft in der Lunge, so dass die unteren Lungenabschnitte erheblich geringer ventilert werden und zu Verschleimungen neigen. Dieses begünstigt Keimansiedlungen, Infekte und die Entstehung von Pneumonien. Durch vertiefte Atmung, wie sie z. B. das Stehen ermöglicht, kann dem entgegen gewirkt werden.

4.2. Phase 2

Mit Datum des 21.08.2007 verlangte die Krankenkasse, vom MDK dazu aufgefordert, eine Fahrtauglichkeitsprüfung für einen E-Rollstuhl durch den TÜV: „Aufgrund der häufigen Reparaturanträge [des momentan genutzten Rollstuhls] stellt sich die Frage, ob bei Ihnen die Fahrtauglichkeit für ein solches Fahrzeug besteht.“

Herr Z. ist erstaunt: „Ich nehme an, dass Sie dieses Schreiben [vom 21.08.2007] in Unwissenheit bezüglich meiner Person, meines Gesundheitszustandes und der mir bereitgestellten Hilfsmittel erstellt worden ist.“ teilte er u. a. in seinem Antwortschreiben mit.

Am 04.09.2007 antwortete die Krankenkasse: „In seiner Stellungnahme [gemeint ist der MDK] teilte er uns mit, dass bei den beschriebenen Fähigkeitsstörungen bezüglich der Motorik als auch der optischen Wahrnehmung es nicht nachvollziehbar sei, dass ein Elektrorollstuhl im Straßenverkehr mit der entsprechenden Sorgfalt ohne Fremd- und Eigengefährdung geführt werden kann.“

Der MDK hatte sich zu diesem Zeitpunkt weder persönlich durch einen Hausbesuch bei Herrn Z. noch durch einen Bericht des behandelnden Arztes von dem aktuellen Gesundheitszustand des Herrn Z. ein Bild gemacht. Am 07.09.2007 führt Herr Z. die Fahrtauglichkeitsprüfung durch. Mit dem Datum vom 26.09.2007 liegt ein ärztliches

Schreiben inklusive medizinischer Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit für einen Rollstuhl mit integrierter Stehfunktion der Krankenkasse vor.

Zwischenstand: Es sind mittlerweile knapp zwei Monate vergangen. Die Dekubitusproblematik des Herrn Z. hat sich verstärkt und sein derzeitiger Rollstuhl bedarf noch immer dringender Reparaturen (z. B. neue Batterien, elektrische Beinstütze links defekt, Rückenteil nicht verstellbar, usw.)

4.3 Phase 3

Im Schreiben der Krankenkasse vom 18.10.2007 wird Herrn Z. mitgeteilt: „Der medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) teilt uns in seinem Gutachten vom 08.10.2007 mit, dass die Versorgung mit einem Rollstuhl mit integrierter Stehfunktion in Ihrem konkreten Fall nicht nachvollziehbar ist. Ein Stehtraining mit Stehgerät (z. B. Heidelberger Stehgerät) ist in Ihrem konkreten Falle ausreichend und zweckmäßig. Dieses Stehtraining mittels Stehtrainer hat den Vorteil, dass es entsprechende individuelle Positionierungsmöglichkeiten für Sie zulässt und eine wirtschaftliche Alternative zum Rollstuhl mit integrierter Stehfunktion darstellt. Somit ist uns eine Kostenübernahme eines Elektrorollstuhls mit Stehhilfe nicht möglich.“

An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass hier unter Umständen die Prüfung für die Kosten des Pflegepersonals, welches den Transfer des Herrn Z. mehrmals täglich vom Rollstuhl auf das Stehgerät und zurück gewährleisten muss, gegenüber zu stellen sind.

4.4 Phase 4

Widerspruchserklärung

Herr Z. hält Rücksprache mit einem Sachverständigen der Herstellerfirma seines beantragten Rollstuhles.

Am 02.11.2007 legt Herr Z Widerspruch ein.

Anm.: Wir erachten es für sinnvoll, dieses Schreiben im Original zu präsentieren. Aus diesem Grund befindet sich die Fotokopie am Ende in Anhang II.

4.5 Phase 5

Endlich: am 07.01.2008 erhält Herr Z. die Bewilligung für einen Elektrorollstuhl mit integrierter Stehfunktion. „Die entstehenden Kosten übernehmen wir in voller Höhe abzüglich Zuzahlung. Bei der Versorgung mit Hilfsmittel gelten für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ab 01.01.2004 neue Zuzahlungsregelungen. Danach zahlen Versicherte für jedes Hilfsmittel 10 % des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro an die abgebende Stelle (Leistungserbringer).“

Nach sechs Monaten Dauer kann Herr Z. in einem auf seine Bedürfnisse angepassten und voll funktionsfähigen Rollstuhl sitzen, der ihm die größtmögliche Eigenständigkeit erhält und Erfolgsaussichten auf die Heilung des Dekubitus gibt.

(Anm.: Alle Zitate in Kapitel 4 sind dem stattgehabten Briefwechsel des Herrn Z. mit seiner Krankenkasse entnommen)

5. Rechtliche Informationen

5.1 Die Entscheidung des Sozialleistungsträgers

5.1.1 Der ablehnende Bescheid

Nachdem eine Person einen Antrag auf einen Rollstuhl an seine Krankenkasse gestellt hat, wird der Medizinische Dienst der Krankenkassen eingeschaltet, um ein Gutachten zu erstellen.

In den meisten Fällen schließt sich die Krankenkasse dann diesem Gutachten des MDK an und sendet dem Versicherten einen ablehnenden Bescheid.

Eine Rechtsbehelfsbelehrung muss dem ablehnenden Bescheid beigelegt sein. Aus diesem kann man entnehmen, dass innerhalb eines Monats ein Widerspruch eingelegt werden kann. Ein Unterschied in der Anfechtungsfrist besteht dann, wenn dem Bescheid keine Rechtsbehelfsbelehrung beiliegt.

5.1.2 Widerspruch

5.1.2.1 Frist

Ein schriftlicher Widerspruch kann innerhalb eines Monats bei den Behörden eingereicht werden (bei ablehnenden Bescheiden mit Rechtsbehelfsbelehrung). Die

Frist gilt vom Tag des Empfanges beim Antragsteller. Fällt der letzte Tag der Frist auf einen Feiertag oder Sonntag, so verschiebt sich die Frist bis zum darauf folgenden Werktag.

Bei Bescheiden ohne Rechtsbehelfsbelehrung beträgt die Frist ein Jahr.

5.1.2.2 Form

Der Widerspruch kann vom Versicherten selbst, von seinem Vertreter oder von den Behörden geschrieben sein (in diesem Falle diktiert der Versicherte dem Sachbearbeiter). Als Beweis, dass der Versicherte die Frist eingehalten hat, sollte er den Widerspruch per Einschreiben mit Rückschein oder vorab per Fax senden.

Es erweist sich als sinnvoll, Atteste, ärztliche Berichte und ärztliche Stellungnahmen, sowie Begründungen und Vorteile des beantragten Rollstuhls dem Widerspruch beizulegen.

5.1.3 Widerspruchsbescheid

Nachdem der Widerspruch eingereicht wurde, hat die Behörde 3 Monate Zeit, den Sachverhalt zu klären. Evtl. wird erneut der MDK eingeschaltet. Wenn die Behörde einsieht, dass das Hilfsmittel zu gewähren ist, wird der ablehnende Bescheid fallen gelassen. Ansonsten wird der Fall an den Widerspruchsausschuss weiter gereicht, wo er erneut in eine rechtliche Prüfung eintritt. Wenn der Widerspruchsausschuss nicht der Meinung ist, dass der Rollstuhl von Nöten ist, verfasst er erneut einen ablehnenden Bescheid, den Widerspruchsbescheid.

Auf diesen Bescheid hat der Versicherte, bei einer Rechtsbehelfsbelehrung, einen Monat Zeit, um eine schriftliche Klage beim Sozialgericht zu erheben.

5.1.4 Untätigkeit des Sozialleistungsträgers

Wenn die Behörde ohne rechtfertigende Gründe innerhalb der 3-Monats-Frist zu keiner Entscheidung gekommen ist, kann der Versicherte eine Untätigkeitsklage einreichen. Allein die Erhebung bewirkt meist, dass die Behörde dem Versicherten entweder einen Abhilfebescheid oder einen Widerspruchsbescheid sendet. Somit wird die Untätigkeitsklage fallen gelassen.

5.2 Auszüge aus den Gesetzestexten Sozialgesetzbuch (SGB)

5.2.1 SGB V

5.2.1.1 § 33 Hilfsmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. [...]

(2) Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise gemäß § 127 Abs. 1 Satz 1. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 2 Satz 1 geschlossen und können die Versicherten hierdurch in für sie zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, trägt sie die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten. Die Differenz zwischen dem Preis nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 und dem Abgabepreis des in Anspruch genommenen Leistungserbringers zahlen Versicherte an den Leistungserbringer. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um die Zuzahlung; die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert je Packung, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation. [...]

(5) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

5.2.1.2. § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

5.2.2 SGB IX

5.2.2.1 § 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten 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. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.

5.2.2.2 § 31 Hilfsmittel

(1) Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) nach § 26 Abs. 2 Nr. 6 umfassen die Hilfen, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um

1. einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
2. den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder

3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

(2) Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Der Rehabilitationsträger soll

1. vor einer Ersatzbeschaffung prüfen, ob eine Änderung oder Instandsetzung von bisher benutzten Hilfsmitteln wirtschaftlicher und gleich wirksam ist,

2. die Bewilligung der Hilfsmittel davon abhängig machen, dass die behinderten Menschen sie sich anpassen oder sich in ihrem Gebrauch ausbilden lassen.

(3) Wählen Leistungsempfänger ein geeignetes Hilfsmittel in einer aufwendigeren Ausführung als notwendig, tragen sie die Mehrkosten selbst.

(4) Hilfsmittel können auch leihweise überlassen werden. In diesem Fall gelten die Absätze 2 und 3 entsprechend.

6. Literaturverzeichnis

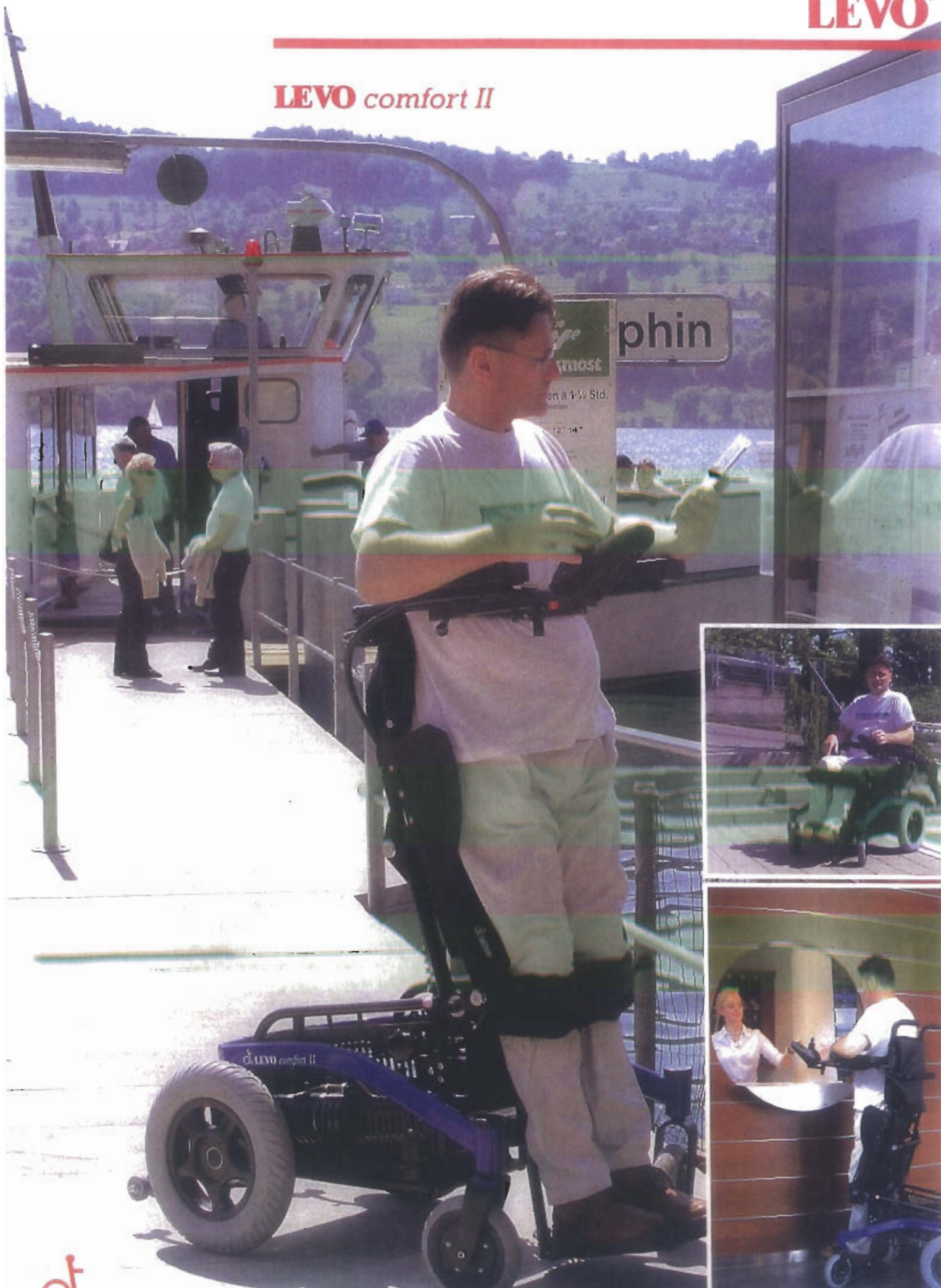
BRÖXKES, Susanne; HERZOG, Ute (Hrsg.) (2004): *Rollstuhlversorgung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Leitfaden mit rechtlichen Aspekten, Erfahrungsberichten und vielen Tipps rund um den Rollstuhl.* Köln/Hennef: Eigenverlag des DRS e. V.

KLINK, Regina (2007): *Motorisch funktionelle Behandlungsverfahren. Adaptive Verfahren.* Heidelberg: Skript.

www.orthopoint.com/rollstuhlanpassung.html [13.01.2008]

www.sozialgesetzbuch.de [19.01.2008]

LEVO *comfort II*



[REDACTED]
[REDACTED]

Einschreiben/ Rückschein

[REDACTED] 02.11.2007

[REDACTED]

KV-Nr.: [REDACTED]

**Hier: Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid vom 18.10.2007,
eingegangen am 20.10.2007**

Begründung zum Widerspruch / Ablehnungsbescheid des Levo- combi

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Anlehnung auf voran gegangene Schreiben von mir, weise ich Sie (als Stellvertreter der Krankenkasse, bei der ich versichert bin) darauf hin, das nach meinem Dafürhalten in der Sache eklatant das Sozialrecht durch Sie als Versicherer gebeugt wird. Ich habe mich beraten lassen und stelle als erstes einen Eingriff in die bilateralen Beziehungen zu meinen behandelnden Ärzten durch Sie fest. Hierzu hat das BSG folgendes ausgeführt, ich zitiere:

Der Krankenversicherungsträger ist rechtlich an die medizinischen Erkenntnisse des ordnungsgemäß handelnden Kassenarztes gebunden und gehindert in das Vertrauensverhältnis zwischen dem Versicherten und dem von ihm gewählten „Kassenarzt“ einzugreifen. Wenn und soweit der „Kassenarzt“ in Wahrnehmung seiner Pflicht als Kassenarzt eine Krankheit diagnostiziert und eine Dienst- oder Sachleistung im Rahmen und in den Formen der kassenärztlichen Versorgung verordnet hat, aber auch nur insoweit, darf die Krankenkasse diese dem Versicherten nicht aus dem Grunde versagen, dass sie die Diagnose für falsch oder z.B. die verordnete Leistungsart im Sinne von §12 Abs. 1 Satz 2 SGB V für nicht notwendig hält. Sie ist vielmehr insoweit auf den kassenarztrechtlichen Rückgriff (vergl. § 106 SGB V) verwiesen. (BSG Urteil vom 16.12.1993 – 4RK 5/92 - , NZS 1994, 507, 509)0

Des Weiteren ist die von den behandelnden Fachärzten begründete Gesamtdiagnose, darstellend genug um eine wie von mir gewünschte Versorgung vorzunehmen. Dies widerspricht dem Sinn nach auch nicht den Forderungen an eine

Hilfsmittelversorgung laut SGB V §33 Abs. 1. Durch den möglichen, universellen Einsatz des Levo combi, ist dieses Hilfsmittel nicht nur ein Stehtherapiegerät, sondern auch zugleich in vielfacher Hinsicht behinderungsausgleichend und alltagstauglich. All diese Eigenschaften vereint, kann ein normaler Stehtisch nicht leisten, abgesehen davon, dass ich nicht mehr alleine in der Lage bin, mich selbstständig auf das von Ihnen vorgeschlagene Hilfsmittel umzusetzen. Eine Pflegekraft, mit dessen Hilfe ich dies vornehmen könnte, ist Ganztags nicht vor Ort.

Darin erkennt man den drastischen Unterschied zwischen den Hilfsmitteln und zugleich den erhöhten Gebrauchswert des Levo- combi. (vergl. C-Leg Urteil) Wie in der Medizin, wo bei Behandlungen das „Ganzkörperkonzept“ verfolgt wird, so sollte auch in der Hilfsmittelversorgung nicht nur der eine Aspekt, sondern alles gesehen werden. Nur so hat man die Chance allumfassend zu therapieren, zu mobilisieren und im Endeffekt kostengünstig zu versorgen. Dies ist vom Gesetzgeber im SGB V § 12 bestimmt auch so gemeint. Das was Sie als Ziel verfolgen ist nicht kostengünstig. Sie verwechseln das mit Billig.

Das Gerät von LEVO konnte ich ausgiebig im Wohnbereich und in der näheren Umgebung testen. Ich stand darin auf Antrieb mehrere Minuten und war dabei noch mobil! Dieses Gerät erlaubt mir auch transferfrei zu relaxen und meine Unterschenkel zu entspannen. Dies bietet ein Stehtisch nicht. In Bezug auf den Ausgleich von Behinderung und Fähigkeitsverlust im Sinne der Alltagstauglichkeit, deckt der Levo-combi fasst das ganze Spektrum ab. Durch die Kombination Mobilität mit der Möglichkeit gleichzeitig zu stehen oder nur die Sitzposition zu ändern, ermöglicht er mir im Alltag die größte Hilfestellung die ich von einem Rollstuhl kenne. Das alles auch noch ohne Hilfe anderer Personen.

Eine Versorgung mit einem Stehständer geht an meinem Bedarf vorbei und ist nicht fortschrittlich. (Vergl. C-Leg-Urteil v. BSG v.16.09.2004 Az.: B 3 2/04 R) und SGB 9 § 4 Satz 4. Dieser letztgenannte Paragraph würde mit der Versorgung eines Stehständers nicht beachtet.

Der Levo-Combi ist im Hilfsmittelverzeichnis der GKV gelistet und damit ein anerkanntes Hilfsmittel. Die angegebene Indikation im HMV der gesetzlichen Krankenkassen ist zutreffend.

„Gehunfähigkeit und Stehunfähigkeit durch Lähmungen, bei Notwendigkeit des Stehens. Die Versorgung mit Rollstühlen mit Aufstehvorrichtung ist dann angezeigt, wenn als therapeutische Maßnahmen ein regelmäßiges (mehrfach tägliches) Stehtraining durchgeführt werden muß und andere Stehhilfen, z.b. Unterarmgehstützen, Achselkrücken, Gehgestelle nicht angewandt werden können.“

Regelmäßiges täglich mehrfaches Stehtraining, genau das ist zur Erreichung des Therapiezieles bei mir erforderlich. Da ich tagsüber sehr oft allein im Haus zurecht kommen muß, ist der Levo- combi die optimale Möglichkeit dies auch durch zu führen. Das Therapieziel ist nach wie vor, den erheblichen progredienten Verlauf meiner Grunderkrankung und deren Folgeerkrankungen zu minimieren. Natürlich sollen auch durch das Training mögliche Folgekosten im Behandlungsbereich minimiert oder eingespart werden. Es ist medizinisch belegt das durch häufiges Stehen Kontrakturen in den Knie- und Hüftgelenken gar nicht erst entstehen. Genauso Spitzfuß, dieser entsteht doch nur durch fehlende Belastung der Füße. Um hier wirkungsvoll prophylaktisch therapieren zu können braucht es einer Belastung

von mindestens 90% des eigenen Körpergewichtes auf die Füße. Die bringt ein Stehtraining im Levo. Wie schon oben erwähnt bin ich tagsüber sehr oft allein auf mich gestellt und somit ist ein Transfer nicht mehr gegeben. Hier wäre ein transferloses relaxen im Levo- combi eine sehr gute Alternative. Also auch wie gefordert „Bedarfsgerecht“.

Der Levo- combi würde mir auch die Kommunikation auf Augenhöhe mit meinem Gesprächspartner erlauben, auch außer Haus! Also psychologisch sehr wertvoll. Zum anderen kann durch das selbständig durchführbare Stehtraining sehr oft die pulmonale Belüftung verbessert werden, zumal sich meine Sprache in letzter Zeit auch sehr verschlechtert hat. Restkräfte in den oberen Extremitäten werden geschont und sind somit für andere Funktionen verfügbar. Obstipation und Blasenschwäche kann durch das Stehtraining minimiert werden, was mich erfreulicherweise einem „normalen“ Menschen in der Funktion näher bringt. Weiterhin würden damit die in letzter Zeit sehr häufig auftretenden Decubiti am Gesäß sich wesentlich verbessern, wenn nicht sogar verschwinden.

But last not least, denken Sie bitte auch an mein Lebensalter !!!

Alles in allem kann Ihre Ablehnung unter medizinischen und auch unter wirtschaftlichen wie auch rechtlichen Gesichtspunkten widerlegt werden. Ich bitte Sie daher letztmalig Ihre Entscheidung zu überdenken und dies in einem positiven Bescheid zu äußern. Sollte Ihnen dies nicht möglich sein, sehe ich mich gezwungen weitere rechtliche Schritte gegen die Krankenversicherung einzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

