

Hilfsmittel in der Pflege

Wann und von wem kann ich ein Hilfsmittel erhalten? Wer bezahlt es?

Ein Überblick zum Thema Hilfsmittel unter besonderer
Berücksichtigung der Situation in Pflege- und Seniorenheimen.
Stand September 2009

BIVA

Broschüre im Rahmen des Informations- und Beratungsdienstes der BIVA
gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Impressum

Herausgeberin:

Bundesinteressenvertretung für alte und
pflegebetroffene Menschen (**BIVA**) e.V.
Siebenmorgenweg 6-8
53229 Bonn

Tel.: 0228– 909048-0
Fax: 0228– 909048-22

E-Mail: info@biva.de
Internet: www.biva.de

Verantwortlich i.S.d.P.:
Dr. Manfred Stegger
Vorstandsvorsitzender BIVA e.V.

Text:
Bettina Meller, Ass jur.

Redaktion: Katrin Markus

Erscheinungsdatum: September 2009

Alle Angaben für diese Broschüre wurden sorgfältig recherchiert. Dennoch kann keine Garantie für ihre Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden. Alle Rechte dieses Werkes sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung oder Verbreitung – auch auszugsweise – darf nicht ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeberin erfolgen.

VORBEMERKUNG

Sie sind aufgrund einer Behinderung oder aus Altersgründen auf Hilfsmittel angewiesen? Sie leben im Heim? Sie kümmern sich vielleicht als Angehörige oder Angehöriger um ein pflegebedürftiges Familienmitglied, das Hilfsmittel benötigt? Sie werden im Rahmen Ihrer Arbeit immer wieder mit Fragen zu Hilfsmitteln konfrontiert?

Vor einigen Jahren wurde in der Presse anlässlich des sogenannten Rollstuhlurteils des Bundessozialgerichts viel über Hilfsmittel im Heim berichtet, genauer über die Frage: Wer trägt deren Kosten? Heim, Krankenversicherung oder die Bewohner? Hier gab es häufig Uneinigkeit zwischen den möglichen Kostenträgern. Meist waren die Hilfsmittelbedürftigen die Leidtragenden. Inzwischen haben die Krankenversicherungen ihren Leistungskatalog überarbeitet, und der Gesetzgeber hat die einschlägige gesetzliche Vorschrift präzisiert. Dadurch ist die Abgrenzung, wer die Kosten zu übernehmen hat, leichter geworden.

Dennoch bleiben viele offene Fragen, denn die Regelungen zu den Hilfsmitteln sind vielschichtig und je nach Ausgangslage in unterschiedlichen Gesetzen geregelt. Immer wieder müssen die Gerichte angerufen werden, um klare Entscheidungen zu treffen, die dann Richtschnur für andere Hilfsmittelbedürftige sind.

Die Einsparungen im Gesundheitssystem und die Gesundheits- und Pflegeversicherungsreformen haben in jüngster Zeit zu weiteren Änderungen geführt. Das System der Versorgung mit Hilfsmitteln wird gänzlich neu strukturiert. Dadurch stellen sich für alle Betroffenen neue Fragen.

Die BIVA möchte Sie mit dieser Broschüre über die derzeit geltenden Regelungen informieren und Ihnen die Orientierung zum Thema Hilfsmittel erleichtern. Die Broschüre soll Ihnen Antworten auf Ihre Fragen geben:

- Was sind Hilfsmittel?
- Wann werden Hilfsmittel gewährt?
- Wer hat Anspruch auf ein Hilfsmittel?
- Wer finanziert das Hilfsmittel?
- Wie kann ich mir helfen, wenn mir mein Hilfsmittel verweigert wird?
- Was hat sich durch die gesetzlichen Reformen verändert?

Unser Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Situation der hilfsmittelbedürftigen Menschen in Senioren- und Pflegeheimen.

Wir wollen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sowie Ihre Angehörigen ebenso ansprechen wie Heimleiterinnen und Heimleiter, Pflegepersonal und andere Personen, die mit diesen Fragen konfrontiert sind.

Der bereits kundige Leser kann sich in dieser Broschüre über die aktuelle Entwicklung und neuere Rechtsprechung informieren. Wir haben bewusst darauf verzichtet, einzelne Urteile zu besprechen, sondern haben durch Fussnoten auf Rechtsprechung hingewiesen, die das Begehren von Hilfsmittelbedürftigen unterstützt oder deren Rechte genauer definiert hat. Außerdem haben wir die Fragen aus dem Hilfsmittelbereich aufgelistet, zu denen das Bundessozialgericht in nächster Zeit Urteile sprechen wird.

Im Anhang finden sich Hinweise zu weiteren Informationsquellen, Auszüge aus den Gesetzen und den wichtigen rechtlichen Grundlagen sowie deren Fundstellen.

Die seit 1. Juli 2008 geltenden Regelungen der Gesundheits- und Pflegeversicherungsreform sind berücksichtigt.

Die Broschüre kann ihren Leserinnen und Lesern Orientierung in dem Gewirr von Regelungen geben und das System der Hilfsmittelversorgung anschaulich machen. Sie kann dagegen nicht die rechtliche Beratung im Einzelfall ersetzen.

Bettina Meller
Ass. jur.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Allgemeine Informationen über Hilfsmittel

1.1	Was sind Hilfsmittel?	9
1.2	Wo finde ich einen Überblick über gängige Hilfsmittel?	12
1.3	Wer informiert mich über Hilfsmittel?	13
1.3.1	Wo erhalte ich allgemeine Informationen?	13
1.3.2	Wer erteilt mir Informationen, die auf meinen speziellen Hilfsbedarf zugeschnitten sind?	15
1.4	Wer kommt als Kostenträger der Hilfsmittel in Frage?	16
1.4.1	Welche Kostenträger gibt es?	16
1.4.2	Wer muss im konkreten Fall das Hilfsmittel stellen?	17

2. Wann steht mir ein Hilfsmittel zu, und wer trägt die Kosten?

2.1	Welche Voraussetzungen muss ich erfüllen, um ein Hilfsmittel zu erhalten?	19
2.1.1	Welche Ansprüche habe ich, wenn ich gesetzlich versichert bin?	19
2.1.2	Welche Ansprüche habe ich, wenn ich privat versichert bin?	26
2.1.3	Welche Ansprüche habe ich, wenn ich beihilfeberechtigt bin?	28
2.2	Welche Unterlagen benötige ich zur Beantragung meines Hilfsmittels?	30
2.2.1	Was ist die ärztliche Aufgabe bei der Verordnung von Hilfsmitteln?	30
2.2.2	Benötige ich immer eine ärztliche Verordnung?	32
2.2.3	Benötige ich einen Kostenvoranschlag und eine Kostenzusageerklärung?	37
2.2.4	Habe ich Wahlfreiheit zwischen den Hilfsmittellieferanten und welche Rolle spielen diese bei der Versorgung mit Hilfsmitteln?	38
2.3	Wer stellt die Hilfsmittel für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zur Verfügung?	41
2.3.1	Welche Hilfsmittel hält ein Heim vor?	41
2.3.2	Wie viele Hilfsmittel muss ein Heim zur Verfügung stellen?	43

2.3.3	Für welche Hilfsmittel ist die Krankenversicherung zuständig und für welche das Heim?	44
2.4	Welchen Kostenanteil muss ich für mein Hilfsmittel selbst tragen?	51
2.4.1	In welcher Höhe muss ich gesetzliche Zuzahlungen leisten?	52
2.4.2	Welchen Eigenanteil muss ich in der gesetzlichen Krankenversicherung für mein Hilfsmittel übernehmen?	55
2.4.3	Welchen Kostenanteil übernimmt die private Krankenversicherung und erstattet die Beihilfestelle?	63
2.4.4	Können Hilfsmittel auch ausgeliehen oder gemietet werden?	65
2.4.5	Entstehen mir Kosten für die Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung, Anpassung und die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels?	66
2.5.	Häufige Fragen und Einzelfälle aus der Rechtsprechung	69
2.6.	Welche Fragen aus dem Hilfsmittelbereich stehen beim Bundessozialgericht derzeit zur Entscheidung an?	72

3. Was kann ich tun, wenn mir mein Hilfsmittel nicht bewilligt wird?

3.1	Wie verhalte ich mich gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung?	74
3.1.1.	Worauf sollte ich bereits bei der Antragstellung achten?	76
3.1.2.	Welche Rolle spielt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bei der Hilfsmittelbewilligung?	77
3.1.3	Was kann ich tun, wenn die Krankenversicherung meinen Antrag nicht oder verzögert bearbeitet oder mir keinen schriftlichen Bescheid gibt?	79
3.1.4	Welche rechtlichen Möglichkeiten habe ich gegen die ablehnende Entscheidung der gesetzlichen Krankenversicherung?	81
3.2.	Wie verhalte ich mich gegenüber meiner privaten Krankenversicherung?	84
3.2.1	Worauf sollte ich bereits bei der Antragstellung achten?	84
3.2.2	Welche rechtlichen Möglichkeiten habe ich gegen die Entscheidung der privaten Krankenversicherung?	84
3.3	Wie verhalte ich mich bei Ablehnung meines Antrags auf Beihilfe?	85
3.4	Wie verhalte ich mich gegenüber dem Heim?	87

4. Was hat sich im Hilfsmittelbereich durch die Gesundheits- und Pflegeversicherungsreform wesentlich geändert?

4.1	Überblick über die wesentlichen Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung	88
4.2	Welche Veränderungen sind in der Praxis durch die politischen Weichenstellungen entstanden?	90

ANHANG:

•	Anlagenverzeichnis	93
•	Gesetze und andere rechtliche Grundlagen	95
•	Informationsadressen	133
•	Abkürzungsverzeichnis	137
•	Stichwortverzeichnis	138

1. Allgemeine Informationen über Hilfsmittel

1.1 Was sind Hilfsmittel?

Hilfsmittelbegriff

Jeder Mensch kann durch den Ausfall körperlicher Funktionen in den Verrichtungen des täglichen Lebens und in seiner Selbständigkeit eingeschränkt werden. Der Einsatz von Hilfsmitteln soll die entstandenen Probleme vermindern, Behinderungen ausgleichen und Selbständigkeit wiederherstellen. Hilfsmittel treten an die Stelle des ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperteils und übernehmen dessen Funktion so gut wie möglich oder erleichtern die Folgen der Beeinträchtigung.

Die entsprechenden gesetzlichen Regelungen finden sich hauptsächlich im SGB V und im SGB XI¹. Dort werden Hilfsmittel als bewegliche Gegenstände und Produkte definiert, die dazu dienen²,

- den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- die Folgen einer bereits eingetretenen Behinderung auszugleichen.

Das Gesetz benennt beispielhaft einige Hilfsmittel³:

- Sehhilfen,
 - Hörhilfen,
 - Körperersatzstücke,
 - orthopädische Hilfsmittel und
 - andere Hilfsmittel.
- Hierzu zählen zum Beispiel Rollstühle, Toilettenstühle, Inkontinenzhilfen, Hilfen zum Lesen (Lesegeräte, Lupen), zum Sprechen (Sprechhilfen für Kehlkopflose), zur Verständigung (Klingelleuchte), Orientierungshilfen für Blinde u.a.

¹ Sozialgesetzbuch wird im Text abgekürzt als SGB; die römischen Zahlen beziehen sich auf die einzelnen Bücher des SGB; die hier angesprochenen gesetzlichen Regelungen befinden sich im SGB V (Krankenversicherung) und SGB XI (Pflegeversicherung); siehe Abkürzungsverzeichnis im Anhang

² § 33 Abs. 1 SGB V: „...um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen...“; § 33 SGB V ist in Anlage 1 abgedruckt.

³ § 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB V; § 33 Abs. 1 SGB V: „Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln..“; vgl. vollen Wortlaut im Anhang

Begriff
Pflegehilfsmittel

Für alle pflegebedürftigen Menschen, ob sie im Heim oder in ihrer eigenen Häuslichkeit leben, sind besonders solche Hilfsmittel von Bedeutung, die der Erleichterung der Pflege oder der Linderung der Beschwerden dienen.

Der Sprachgebrauch für die Hilfsmittel im Bereich der Pflege ist im Gesetz nicht einheitlich. Das Gesetz spricht einmal von Hilfsmitteln oder technischen Hilfen, einmal von Pflegehilfsmitteln, obwohl auch technische Hilfsmittel der Erleichterung der Pflege dienen können. Aus diesem Grunde hat der Gesetzgeber in der jüngsten Stufe der Pflegereform eine begriffliche Klarstellung vorgenommen⁴.

Pflegehilfsmittel

Seit 1. Juli 2008 wird der Begriff Pflegehilfsmittel einheitlich für alle Hilfsmittel verwendet, die der Pflege dienen.

Hilfsmittel kann man je nach ihrem Zweck in Produktgruppen unterteilen.

Bei den Pflegehilfsmitteln unterscheidet man:

technische
Pflegehilfsmittel

- technische Pflegehilfsmittel, die für einen längeren Gebrauch bestimmt sind. Nach ihrem Zweck werden sie gegliedert in solche
 - zur Erleichterung der Pflege wie
z.B.: Schieberollstühle, Pflegebetten, spezielle Pflegebettische, Pflegeliegestühle, Hebegegeräte, Dekubitusmatratzen, Inhalationsgerätee, Absaughilfen, Sauerstoffgerätee
 - zur Körperpflege/ Hygiene wie
z.B.: Bettpfannen, Toilettenstühle, Urinflaschen, Waschsitze, Waschsysteme
 - zur selbständigen Lebensführung/ Mobilität wie
z.B.: Gehhilfen, mobile Hausnotrufsysteme
 - zur Linderung von Beschwerden
z.B.: Lagerungsrollen, Sitzhilfen

⁴ § 40 SGB XI neue Fassung ist nun überschrieben mit: ‚Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen‘. Die alte Fassung war überschrieben mit ‚Pflegehilfsmittel und technische Hilfen‘. Wortlaut siehe Anlage 1 im Anhang

- Hilfsmittel, die aufgrund ihrer Beschaffenheit zum Verbrauch bestimmt sind oder aber aus hygienischen Gründen nicht zu einer Wiederverwendung geeignet sind:

Hilfsmittel zum Verbrauch

z.B.: Desinfektionsmittel, saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch, Stomaartikel⁵, Schutzbekleidung, bestimmte Hygieneartikel

Nicht zu den Pflegehilfsmitteln zählen:

- Fest eingebaute Hilfsmittel wie

Fest eingebaute Hilfsmittel

z.B.: Treppenlift, Notrufanlage

auch wenn sie für die Betroffenen hilfreich sind. Sie dienen in der Regel der Verbesserung des Wohnumfeldes.

Im Bereich des Heims spricht man in diesem Zusammenhang von pflegebedingten Anlagegütern; im häuslichen Bereich spricht man von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen⁶.

Pflegebedingte Anlagegüter
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

- Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens⁷ wie

Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens

z.B.: Seife, Rasierapparat, Zahnpasta, feuchte Einmalwaschlappen, feuchtes Toilettenpapier, elektrisch verstellbarer Fernsehsessel⁸

Anmerkung: Die Zuordnung des Hilfsmittels zu der jeweiligen Hilfsmittelgruppe ist für die Frage von Bedeutung, wer das Hilfsmittel bezahlt. Näheres hierzu siehe in Kapitel 2.3.

⁵ Stomaartikel dienen der Versorgung und Pflege künstlicher Darmausgänge

⁶ § 40 Abs. 4 SGB XI betrifft häuslich gepflegte Menschen und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds z.B. technische Hilfen im Haushalt

⁷ § 33 Abs. 1 SGB V: „... Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit...Hilfsmitteln,...soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen... sind...“

⁸ Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sind feuchtes Toilettenpapier, Waschlappen (BSG Az: B 3 P 15/01 R vom 24.09.2002), elektrisch verstellbare, beheizbare Fernsehsessel (BSG Az: B 3 P 13/00 vom 22.08.2001) Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens

1.2 Wo finde ich einen Überblick über gängige Hilfsmittel?

Die von den gesetzlichen Krankenversicherungen zu leistenden Hilfsmittel sind im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt. Es wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen⁹ erstellt, laufend ergänzt und ist öffentlich zugänglich¹⁰.

Das Verzeichnis enthält die wesentlichen technischen Hilfsmittel und ist nach Produktgruppen geordnet¹¹. Jede Produktgruppe und jedes Produkt hat eine Nummer:

z.B.: 01 Absauggeräte; 22 Mobilitätshilfen

Frau X ist gefallen und benötigt Krücken. Diese fallen in die Produktgruppe 10 ‚Gehhilfen‘ und sind dort unter Nr. 10.5003 zu finden.

Im Verzeichnis werden auch die Leistungen aufgeführt, die neben der Bereitstellung des Hilfsmittels erbracht werden:

z.B.: Anpassung, Kontrolle, Einführung in den Gebrauch, Mobilitätstraining für Blinde

Das Verzeichnis enthält als Anlage außerdem die Auflistung der Pflegehilfsmittel (Produktgruppen 50-54). Diese sind dort nach ihrem Zweck gegliedert¹².

Dieses Verzeichnis enthält die Hilfsmittel, die in der häuslichen Pflege von den gesetzlichen Pflegeversicherungen zu erstatten sind.

Für Versicherte in der privaten Pflegeversicherung gilt das Pflegehilfsmittelverzeichnis des Verbands der privaten Krankenversicherer e.V.¹³ Es gilt nur für pflegebedürftige Menschen, die in ihrem häuslichen Umfeld Pflegehilfsmittel benötigen.

In der stationären Pflege sind die Pflegehilfsmittel in der Regel im Rahmen der Grundpflege vom Heim zu stellen, und zwar sowohl für gesetzlich wie privat Versicherte.

Anmerkung: Zur Abgrenzung, wann die Krankenversicherung und wann das Heim Pflegehilfsmittel stellen muss, siehe ausführlich in Kapitel 2.3.3

⁹ bisher ‚Spitzenverbände der Krankenversicherungen‘

¹⁰ Die gesetzliche Grundlage ist § 139 SGB V; Fundstelle des Hilfsmittelverzeichnisses im Anlagenverzeichnis

¹¹ Siehe Überblick der Produktgruppen Anlage 2 im Anhang

¹² Siehe Überblick der Produktgruppen Anlage 3 im Anhang

¹³ Fundstelle zum Pflegehilfsmittelverzeichnis der Privatversicherungen im Anlagenverzeichnis des Anhangs

1.3 Wer informiert mich über Hilfsmittel?

1.3.1 Wo erhalte ich allgemeine Informationen?

Beispiel 1: Ehepaar D lebt mit den Eltern von Frau D in einem Haus. Die Eltern werden jedoch körperlich unselbstständiger. Frau D möchte sich einen Überblick verschaffen, ob ihre Eltern mit Hilfsmitteln ausgestattet in ihrem häuslichen Umfeld bleiben können.

Beispiel 2: Ehepaar F lebt in einem Seniorenheim. Frau F hat eine starke Osteoporose¹⁴, sie stürzt öfters und verletzt sich dabei. Herr F hat im Internet etwas über Hüftprotektoren gelesen, die seine Frau bei weiteren Stürzen schützen könnten. Frau F möchte gerne wissen, ob sie diese als Hilfsmittel erhalten kann.

- Das Bundesministerium für Gesundheit unterhält eine Website mit allgemeinen Informationen über Hilfsmittel: www.bmg.bund.de¹⁵.
- Die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen informieren ihre Mitglieder in den Mitgliedszeitschriften und individuell auf telefonische oder persönliche Anfrage. Außerdem kann sich jeder über die Internetseiten der Krankenversicherungen zum Stichwort Hilfsmittel informieren¹⁶.
- Entsprechendes gilt für die gesetzlichen und privaten Pflegeversicherungen, die bei den entsprechenden Krankenversicherungen angesiedelt sind. Auch sie beraten ihre pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Mitglieder.
- Die Ärzte geben ihren Patienten in der Regel individuelle Informationen zu Hilfsmitteln.
- Die Heimleitungen und Pflegedienstleitungen informieren im persönlichen Gespräch (im obigen Beispiel das Ehepaar F).
- Ebenso informieren die ambulanten Pflegedienste über Hilfsmittel. Insbesondere für Pflegebedürftige im

¹⁴ Osteoporose bedeutet Knochenschwund

¹⁵ www.bmg.bund.de; Rubrik Gesundheit oder Pflege, Stichwort Hilfsmittel

¹⁶ Liste einiger Internetseiten unter Informationsadressen im Anhang

Anspruch auf Fallmanagement

Informationspflicht

häuslichen Umfeld sind sie die richtigen Ansprechpartner (im obigen Beispiel für Frau D und Ihre Eltern).

- Interessenverbände für alte und behinderte Menschen, Selbsthilfevereine und Selbsthilfegruppen informieren telefonisch oder über das Internet¹⁷.
- Im Fachhandel, das heißt bei Hilfsmittellieferanten, Sanitätshäusern und in Apotheken können Informationen zu Hilfsmitteln eingeholt werden¹⁸.
- Die Beraterinnen und Berater in den Pflegestützpunkten sollen in Zukunft Pflegebedürftige und ihre Angehörige in allen Fragen zur Pflege informieren und beraten und diese auch organisieren¹⁹.

Seit 1. Januar 2009 hat jeder Betroffene einen Anspruch auf ein individuelles ‚Fallmanagement‘ durch seine gesetzliche und private Krankenversicherung.

Für Krankenversicherungen, Pflegeversicherungen, Ärzte, Heimträger und Heimleitungen sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegestützpunkten besteht eine gesetzliche Pflicht zur Information.

Beispiel: Frau D aus dem obigen Beispiel kann sich zunächst im Internet allgemein über Hilfsmittel in der häuslichen Umgebung informieren. Sie und ihre Eltern finden dann bei ihrer Pflegeversicherung bzw. in Zukunft beim zuständigen Pflegestützpunkt spezielle fachkundige Beratung.

Ehepaar F kann sich zunächst an die Pflegedienstleitung im Heim wenden.

Über Hüftprotektoren können Sie sich bei Ihrer Kranken- bzw. Pflegeversicherung und beim Fachhandel informieren.

¹⁷ Liste einiger Interessenverbände (so z.B. die BIVA) und Selbsthilfegruppen im Anhang

¹⁸ Das Gesetz spricht von Leistungserbringern oder Versorgungsträgern; in dieser Broschüre verwenden wir meist das Wort ‚Fachhandel‘ oder ‚Hilfsmittellieferanten‘.

¹⁹ Die Einrichtung der Pflegestützpunkte ist seit dem 01.07. 2008 gesetzlich vorgesehen. Sie ist Ländersache. Derzeit werden 16 ‚Pilot-Pflegestützpunkte‘ in ausgewählten Bundesländern eingerichtet. In der privaten Pflegeversicherung wird die Pflegeberatung durch einen eigenen Beratungsdienst (Compass – private Pflegeberatung) angeboten, der die Pflegebedürftigen aufsucht.

TIPP: Einige wichtige Internetseiten und Adressen finden Sie im Anhang der Broschüre.

TIPP

1.3.2 Wer erteilt mir Informationen, die auf meinen speziellen Hilfsmittelbedarf zugeschnitten sind?

Beispiel: Herr B lebt in seiner häuslichen Umgebung und benötigt aufgrund einer starken Sehbehinderung ein Lesegerät. Welche Unterlagen sind zur Beschaffung nötig? Wie findet Herr B das für ihn geeignete Gerät?

Hilfsmittel, die dem Ausgleich einer Behinderung dienen, sind von der Krankenversicherung zur Verfügung zu stellen. Sie müssen vom Arzt verordnet werden²⁰. Nach Genehmigung des Antrags teilt die Versicherung mit, wie die Versorgung mit dem Hilfsmittel erfolgen soll. Für die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels halten die Krankenversicherungen Listen der Hilfsmittel-lieferanten bzw. des Fachhandels und deren Adressen bereit oder führen die Versorgung selbst durch²¹.

Beispiel: Herr B wird alle notwendigen Informationen zu seinem Hilfsmittel von seinem Arzt, seiner Krankenversicherung und vom Fachhandel erhalten.

Beispiel: Frau A lebt im Heim. Sie ist gestürzt, hat sich ein Bein gebrochen und ist seit einigen Wochen bettlägerig. Ihr Sohn befürchtet, dass Druckgeschwüre entstehen können. An wen wendet er sich am besten?

Die Leitungskräfte im Heim und der behandelnde Arzt kennen Frau A und ihre Krankheitsgeschichte sowie den zu erwartenden Heilungsverlauf und können Risiken am besten einschätzen. Sie wissen, welches Hilfsmittel notwendig und sinnvoll ist, um ein Druckgeschwür zu verhindern. Ist bei Frau A ein vorbeugendes Hilfsmittel wie eine Liegehilfe²² ausreichend oder muss bereits eine Dekubitusmatratze²³ eingesetzt werden?

Individuelle
Informationen

²⁰ Welche Unterlagen für die Beantragung eines Hilfsmittels notwendig sind, und wann die Krankenversicherung zur Leistung verpflichtet ist, wird ausführlich in Kapitel 2.1 und 2.2 besprochen.

²¹ Besonderheiten für privat Krankenversicherte werden in Kapitel 2.4.3 besprochen.

²² Liegehilfen sind Hilfsmittel, die der Vorbeugung von Krankheiten dienen.

²³ Das ist eine speziell geformte Matratze zur Vorbeugung oder Behandlung von Druckgeschwüren.

Informationspflicht
des Pflegeheims
Beratungspflicht des
Pflegeheims

Sie werden auch darüber Auskunft geben, wie das notwendige Hilfsmittel beschafft werden kann. Vorbeugende Hilfsmittel hält das Heim im Rahmen seiner Ausstattungspflicht²⁴ vor und wird sie Frau A direkt zur Verfügung stellen.

Hilfsmittel, die der Krankenbehandlung dienen, müssen vom Arzt verordnet und bei der Krankenversicherung beantragt werden. Hat sich bei Frau A bereits ein Druckgeschwür gebildet, würde die Pflegedienstleitung den Antrag bei der Krankenversicherung stellen. Diese würde dann die Versorgung in Absprache mit dem Heim einleiten.

Die Heimleitung ist verpflichtet, über alle in Frage kommenden Hilfsmittel zu informieren und bei ihrer Auswahl zu beraten, andernfalls können Haftungsansprüche gegen das Heim entstehen.

Die Beratung sollte auch neuere Hilfsmittel umfassen, selbst wenn sie nicht oder noch nicht als Standardhilfsmittel von den Kassen anerkannt und bezahlt werden wie die Hüftprotektoren von Frau F im Beispiel unter 1.3.1.

1.3 Wer kommt als Kostenträger der Hilfsmittel in Frage?

Kostenträger für
Hilfsmittel

Unter Kostenträgern versteht man die gesetzlichen oder privaten Versicherungen sowie sonstige öffentliche Stellen, die Hilfsmittel für ihre Mitglieder oder Anspruchsberechtigte ganz oder zum Teil finanzieren.

1.4.1 Welche Kostenträger gibt es?

Es gibt eine ganze Reihe von Stellen, die für die Beschaffung bzw. Übernahme der Kosten der Hilfsmittel in Betracht kommen.

unterschiedliche Kos-
tenträger

Dies sind in erster Linie:

- die gesetzliche sowie die private Krankenversicherung,
- die gesetzliche sowie die private Pflegeversicherung,
- die Beihilfestelle der Beamten,
- das Senioren- oder Pflegeheim,
- die oder der Hilfsmittelbedürftige selbst.

²⁴ § 71 Abs.2 SGB XI i.V.m. §§ 5,11 Heimgesetz (HeimG); vgl. Kap. 2.3.2

Außerdem können Ansprüche auf Versorgung mit Hilfsmitteln bestehen

- aus dem Gesichtspunkt der Teilhabe und Rehabilitation für Menschen mit Behinderung²⁵ gegen die Kranken- oder Pflegeversicherung,
- zur orthopädischen Versorgung Unfallverletzter gegen die Unfallversicherung²⁶,
- zum Ausgleich von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit gegen die Rentenversicherung²⁷,
- bei Kriegsverletzungen gegen die Kriegsopferfürsorge²⁸,
- wenn die notwendigen Eigenmittel nicht aufgebracht werden können, gegen den Sozialhilfeträger²⁹.

Diese Broschüre richtet sich vorwiegend an alte und pflegebedürftige Menschen, die in Heimen leben. Für deren Hilfsmittelbedarf sind hauptsächlich die an erster Stelle angeführten Kostenträger zuständig³⁰ sowie die Sozialhilfeträger. Die Pflegeversicherung leistet Pflegehilfsmittel nur für Menschen, die in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden³¹. Bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sorgt das Heim in der Regel für die Pflegehilfsmittel.

1.4.2 Wer muss im konkreten Fall das Hilfsmittel stellen?

Welcher Kostenträger für die Beschaffung und Finanzierung von Hilfsmitteln zuständig ist, richtet sich danach:

- welche Art von Hilfsmittel benötigt wird,
- zu welchem Zweck es eingesetzt wird oder
- wo die oder der Hilfsmittelbedürftige lebt.

Zuständiger
Kostenträger

²⁵ §§ 1, 4, 5, 6 Abs. 1, 31, 32 SGB IX. Der Gesetzeswortlaut in Auszügen befindet sich in Anlage 1.

Das Teilhaberecht der Behinderten gilt lebenslang. Ansprüche auf Hilfsmittel gegen die Krankenversicherung können auch auf das SGB IX gestützt werden, siehe zum Beispiel Sozialgericht (SG) Aurich Az: S 8 KR 111/05 vom 14.02.2006

²⁶ §§ 27, 31, 39 SGB VII und Verordnung über die orthopädische Versorgung Unfallverletzter

²⁷ § 15 SGB VI in Verbindung mit §§ 26 II Nr.6 u. 31 SGB IX

²⁸ § 11, 13, 26c Bundesversorgungsgesetz in Verbindung mit Orthopädieverordnung

²⁹ §§ 48, 54 und 61 SGB XII

³⁰ Ansprüche gegen die anderen Kostenträger bestehen meist im Rahmen der Rehabilitation, Eingliederung und Teilhabe behinderter Menschen. Auf diese Personengruppe wird in unserer Broschüre nicht näher eingegangen.

³¹ § 40 SGB XI, der Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel regelt, steht im Gesetzeskapitel für Leistungen bei häuslicher Pflege

Kostenträger für
Hilfsmittel zur Krank-
heits-behandlung

Für die Beschaffung und Finanzierung von Hilfsmitteln zur Krankheitsbehandlung, zur Vorbeugung und zum Ausgleich von Behinderungen sind in der Regel die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen zuständig. Das gilt insbesondere für alle individuell zugeschnittenen und nur individuell benutzten Hilfsmittel unabhängig davon, wo die oder der Anspruchsberechtigte lebt, ob in seiner eigenen Wohnung oder im Heim.

Beispiele: Herr E lebt im Seniorenheim; Herr M in seiner Wohnung. Beide benötigen eine Beinprothese. Herr E ist Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, während Herr M privat versichert ist.

Die Prothesen von Herrn E und Herrn M haben den Zweck, Behinderungen auszugleichen und sind individuell angepasste, nur vom jeweiligen Träger benutzte Hilfsmittel. Für Herrn E ist demnach seine gesetzliche Krankenversicherung zuständig, für Herrn M seine private Krankenversicherung. Es macht keinen Unterschied, ob sie in ihrer häuslichen Umgebung oder im Heim leben.

Für pflegebedürftige Menschen, die in ihrer häuslichen Umgebung Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen benötigen, ist die Pflegeversicherung zuständig.

Bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sind die Kosten für Pflegehilfsmittel grundsätzlich im Pflegesatz enthalten, den die Pflegeversicherung für die stationäre Versorgung ihrer Versicherten mit den Heimträgern vereinbart hat. Pflegeheime³² das heißt alle teil- oder vollstationären Pflegeeinrichtungen müssen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern die typischen Pflegehilfsmittel zur Verfügung stellen.

Beispiele: Frau H lebt in einer Seniorenwohngemeinschaft. Frau G lebt im Pflegeheim. Beide benötigen ein Pflegebett. Pflegebetten gehören zu den Pflegehilfsmitteln, die die Pflege erleichtern. Hier kommt es also auf den Wohnort der oder des Pflegebedürftigen an.

Frau H lebt in der Seniorenwohngemeinschaft in ihrem eigenen häuslichen Wohnumfeld, so dass für ihr Pflegebett die Pflegekasse zuständig ist. Frau G muss das Pflegebett vom Heim zur Verfügung gestellt bekommen.

Kostenträger für
Pflegehilfsmittel zu
Hause

Kostenträger für
Pflegehilfsmittel im
Heim

³² Einrichtungen im Sinne von § 71 SGB XI

Bei den im Heim benötigten Hilfsmitteln ist die Abgrenzung zwischen den typischen Pflegehilfsmitteln und den sonstigen Hilfsmitteln nicht immer einfach.

Anmerkung: In Kapitel 2.3.3 wird auf diese Frage detailliert eingegangen.

2. Wann steht mir ein Hilfsmittel zu, und wer trägt die Kosten?

Die Antwort auf diese Frage hängt davon ab, ob das Hilfsmittel für Sie erforderlich ist. Wonach sich das im Einzelnen richtet und welche Voraussetzungen vorliegen müssen, wird nachstehend erklärt.

2.1. Welche Voraussetzungen muss ich erfüllen, um mein Hilfsmittel zu erhalten?

Diese Voraussetzungen richten sich danach, wie Sie versichert sind:

- in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- in einer privaten Krankenversicherung,
- mit Anspruch auf Beihilfe.

2.1.1 Welche Ansprüche habe ich, wenn ich gesetzlich versichert bin?

Es gibt im Wesentlichen fünf Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen³³:

1. Ein Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel besteht, wenn dieses erforderlich ist, um

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung auszugleichen.

Fünf
Voraussetzungen
für den
Hilfsmittelanspruch

³³ Gesetzliche Grundlage ist § 33 Abs. 1 SGB V, siehe Anlage 1 mit dem vollen Wortlaut

Hilfsmittel, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern, sind alle sächlichen Mittel (Gegenstände), die der Krankheitsbekämpfung dienen und zu therapeutischen Zwecken im Rahmen der Krankenbehandlung eingesetzt werden. Hierzu zählen beispielsweise orthopädische Hilfsmittel wie Stütz- und Halteapparaturen für geschädigte Körperteile, Mieder, Gehstöcke, Krücken.

Beispiel: Frau A aus dem Kapitel 1.3 hat sich erholt und kann wieder aufstehen. Zur Entlastung des Knochens und zur Sicherheit beim Gehen möchte sie gerne Krücken verwenden; die Dekubitusmatratze, die die Krankenversicherung zur Behandlung des Druckgeschwürs zur Verfügung gestellt hat, würde sie gerne vorsorglich behalten, um sie bei erneuter Bettlägerigkeit griffbereit zu haben.

Frau A's Krücken sichern den Heilungsprozess und dienen ihrer Mobilität; Frau A kann die Krücken erhalten und sie solange behalten, bis die Krankenbehandlung abgeschlossen ist. Zweck der Dekubitusmatratze war es zunächst, das bessere Abheilen der Druckgeschwüre zu ermöglichen. Die Krankenversicherung hat sie Frau A leihweise zur Verfügung gestellt. Da die Geschwüre abgeheilt sind, hat Frau A keinen Anspruch mehr auf die Matratze. Vorsorglich d.h. ohne konkreten Anlass, stellt die Kasse keine Hilfsmittel zur Verfügung.

Unter einer Behinderung versteht das Gesetz eine Abweichung von der für das Lebensalter typischen körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit, die mit hoher Wahrscheinlichkeit mehr als sechs Monate andauert und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt³⁴.

Ein Hilfsmittel, das einer drohenden Behinderung vorbeugt, muss geeignet sein, eine ganz bestimmte Art der Behinderung zu vermeiden, die als typische Folge einer Grunderkrankung mit einiger Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit einzutreten droht³⁵.

z.B.: Elektrische Meßgeräte , die in Funktion treten, wenn bestimmte Körperorgane ausfallen.

³⁴ § 2 Abs. 1 SGB IX

³⁵ so das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung (Az: B 3 KR 11/07 R vom 22.04.09), nach der Hüftprotektoren nicht als Hilfsmittel dieser Art eingestuft werden, weil es an einer konkreten und zeitlich nahen Bedrohung einer Behinderung fehle, und sie nur einer allgemeinen Frakturprophylaxe dienten. Siehe unter 2.5.

Ein Hilfsmittel, das eine Behinderung ausgleicht, soll den Verlust natürlicher Funktionen des Körpers ersetzen, zumindest aber mindern können. Die Behinderung muss allerdings wesentlich oder erheblich sein.

Beispiele:

- bei Verlust des Arms → Hilfsmittel: Armprothese
- bei Verlust des Seh-Orientierungssinns → Hilfsmittel: Farberkennungsgerät
- bei Immundefekt/Allergie → Hilfsmittel: Luftreinigungsgerät

aber: Der totale Ausfall des Kopfhaars wird bei einer Frau oder einem Jugendlichen als erhebliche Behinderung angesehen: → Hilfsmittel Perücke

Bei einem erwachsenen Mann sieht die Rechtsprechung dagegen hierin keine wesentliche Behinderung, so dass kein Anspruch auf ein Toupet besteht³⁶.

Bei diesen Hilfsmitteln darf es sich nicht um allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handeln³⁷.

2. Anspruch auf ein Hilfsmittel hat, wer aufgrund seiner Behinderung allgemeine Grundbedürfnisse des täglichen Lebens nicht mehr erfüllen kann.

Allgemeine Grundbedürfnisse des täglichen Lebens sind nach der Rechtsprechung:

- Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören
z.B.: Rollstuhl, Stehhilfe, Teilhandprothese³⁸, Farberkennungsgerät für die Orientierung, Brille, Hörgerät, Baderprothese³⁹, Orthopädische Badeschuhe⁴⁰

Ernährung

z.B.: Esshilfen, speziell geformtes Besteck

- Elementare Körperpflege
z.B.: bestimmte Automatik beim Waschbecken, beim WC, bei der Spülung etc.

Allgemeine Grundbe-
dürfnisse des
täglichen Lebens

³⁶ BSG Az: 3 RK 49/79 vom 18.02.1981, ebenso entschied das Hessische LSG L 1 KR 183/05 am 27.02.2006

³⁷ § 33 Abs. 1 SGB V

³⁸ LSG Essen Az: L 11 KR 39/05 vom 20.06.2007

³⁹ BSG Az: 3 2/08 vom 18.06.09

⁴⁰ SG Würzburg S 4 KR 407/07 vom 19.08.08

- Selbständiges Wohnen
z.B.: Treppenraupe, Treppenlift
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, Kommunikation, Informationsbedürfnis, Lesen, Schreiben, passive Erreichbarkeit

z.B.: Selbstfahrerrollstuhl zur Fortbewegung im Nahbereich, Blindenführhund zur Teilnahme am Straßenverkehr⁴¹; Schreibtelefon für Gehörlose⁴²; Blattwendegerät; Kopfschreiber⁴³; Klingelleuchte am Telefon⁴⁴; Fernsehseegerät; Einkaufsfuchs für Blinde⁴⁵

Wer das Hilfsmittel zu einem einzigen Zweck einsetzen will, hat nur einen Anspruch, wenn dieser Zweck ein Grundbedürfnis darstellt⁴⁶:

Beispiel: Toilettenhilfen;

Ein speziell ausgerüstetes Fahrrad dagegen wurde nicht als erforderlich anerkannt, weil eine sportliche Betätigung wie das Radfahren nicht unter die Grundbedürfnisse falle⁴⁷.

Im Bereich der körperlichen Mobilität besteht nur Anspruch auf einen Basisausgleich, nicht darauf, sich so weit wie ein Gesunder bewegen zu können.

Mit dem Hilfsmittel soll nur ein Bewegungsradius wie der eines Fußgängers erreicht werden;

z.B.: Ein Elektrorollstuhl wurde als Hilfsmittel gewährt, um die im Nahbereich liegenden Geschäfte aufsuchen oder kurze Spazierfahrten unternehmen zu können⁴⁸.

Eine Umrüstung des Autos für eine mit elektrobetriebenen Faltrollstuhl ausgestattete Behinderte wurde dagegen vom Gericht abgelehnt, da das Zurücklegen längerer Wegstrecken kein Basisausgleich mehr sei⁴⁹.

Die Versorgung mit einem Navigationssystem für Blinde wurde ebenfalls abgelehnt, weil die Mobilität im Nahbereich der Wohnung mit vorhandenen Hilfsmitteln bereits gesichert war⁵⁰.

⁴¹ zum Beispiel Urteil des LSG Baden-Württemberg Az: L 4 KR 5486/05 vom 26.10.2007

⁴² zum Schreibtelefon für Gehörlose BSG Az: 3 RK 39/94 vom 17.01.1996

⁴³ zum Kopfschreiber BSG Az: 3 RK 16/8, vom 26.10.1982

⁴⁴ zur Klingelleuchte am Telefon BSG Az: 3 RK 5/86 vom 17.09.1986

⁴⁵ SG Detmold S 5 KR 207/07 vom 03.12.08

⁴⁶ BSG Az: B 3 KR 68/01 vom 06.02.2002

⁴⁷ BSG Az: B 3 KR 8/98 vom 16.09.99

⁴⁸ BSG Az: B 3 16/99 vom 03.11.1999

⁴⁹ BSG Az: B 3 KR 9/06 vom 19.04.2007; in einem anderen Fall BSG Az: B 3 KR 19/03 vom 16.09.2004 bei dem der PKW die einzige Möglichkeit war, Ärzte und Therapeuten zu erreichen, wurden die Umbaukosten für einen PKW vom BSG zugesprochen

⁵⁰ BSG Az: B3 KR 4/08 vom 26.06.09

3. Das Hilfsmittel muss im Einzelfall zur Erreichung des Zwecks notwendig und wirtschaftlich sein⁵¹.

Wirtschaftlichkeit ist dann gegeben, wenn keine kostengünstigere Alternative in Frage kommt, um den angestrebten therapeutischen Zweck zu erreichen.

Beispiel: Der nunmehr erblindete Herr B möchte ein Lesegerät einer bestimmten Firma und ein Farberkennungsgerät von seiner Krankenversicherung erhalten.

Gibt es ein vergleichbares kostengünstigeres Lesegerät, das für seine Bedürfnisse ebenso geeignet ist, hat Herr G nur Anspruch auf das kostengünstigere Gerät.

Dagegen kann er ein Farberkennungsgerät beanspruchen, wenn er dies mehrfach täglich einsetzt. Ein entsprechender Anspruch wurde von der Rechtsprechung in einem Fall anerkannt, bei dem es fünf- bis zehnmal täglich benutzt wurde⁵².

Außerdem müssen Kosten und Nutzen des Hilfsmittels abgewogen sein. Das bedeutet, dass bei Hilfsmitteln, deren Vorteil beim Gebrauch im Verhältnis zu ihren Kosten gering ist, ein Anspruch abgelehnt werden kann⁵³:

Beispiel: Frau I wünscht einen Ersatz für ihr bisheriges Hörgerät, das ihr nicht mehr leistungsstark genug ist. Ein Hörgerät mit nur geringfügig besserer Leistung kann abgelehnt werden, wenn sein Preis erheblich über dem bisherigen liegt.

Umgekehrt können dann auch teure Hilfsmittel, für die keine günstigere Alternative zur Verfügung steht, von der Krankenversicherung verlangt werden:

Beispiel: Einem 70jährigen querschnittsgelähmten Herrn, der aus therapeutischen Gründen täglich Stehtraining machen sollte, wurde vom Gericht ein Rollstuhl mit Stehvorrichtung zugesprochen, obwohl die Krankenversicherung ein günstigeres Gerät angeboten hatte. Mit der Stehvorrichtung war der Herr selbstständiger und nicht auf Hilfe bei seinen Übungen angewiesen⁵⁴.

Wirtschaftlichkeit des
Hilfsmittels

Notwendigkeit des
Hilfsmittels

⁵¹ § 12 Abs. 1 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot, Wortlaut siehe Anlage 1

⁵² BSG Az: 3 RK 38/94 vom 17.01.1996

⁵³ BSG Az: B 3 KR 68/01 R vom 06.02.2002

⁵⁴ SG Aurich Az: S 8 KR 111/05 vom 14.02.2006; das Gericht begründete den Anspruch auf Rehabilitation aus § 4 SGB IX als Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Mehrfachausstattung

Es kann auch ein Anspruch auf eine Mehrfachausstattung mit einem Hilfsmittel bestehen. Dieser kann auf hygienische Gründe gestützt werden oder er kann aufgrund besonderer Beanspruchung zweckmäßig sein⁵⁵.

z.B. bei Kompressionsstrümpfen, orthopädisch angefertigten Schuhen oder bei Rollstühlen für den Innen- und Außengebrauch

Wahlrecht

Den Versicherten steht ein Wahlrecht zu, wenn mehrere Hilfsmittel in Betracht kommen, die gleichermaßen geeignet und wirtschaftlich sind:

Beispiel: Ein gehbehinderter Mann wollte statt eines Rollstuhls von seiner Krankenversicherung ein Liegedreirad erhalten, um sich im Nahbereich fortbewegen zu können. Das Liegedreirad war förderlicher für seine Muskularbeit. Erst das Gericht hat ihm diese besondere Ausstattung eines Fahrrads zugesprochen⁵⁶.

Sofern die Hilfsmittel direkt von den Kassen zur Verfügung gestellt werden, ist das Wahlrecht in der Regel beschränkt auf die vorhandenen Hilfsmittel.

TIPP

TIPP: Die Frage der Wirtschaftlichkeit ist in Zeiten knapper Kassen von immer größerer Bedeutung. Es ist daher angezeigt, die Erforderlichkeit des beantragten Hilfsmittels im Einzelfall sorgfältig zu begründen. So sollte der Arzt zum Beispiel bei der Verordnung des Hilfsmittels eine ausführliche Begründung zur Notwendigkeit des Einsatzes des Hilfsmittels abgeben.

Anmerkung: Näheres zu den Beantragungserfordernissen siehe in Kapitel 2.2.

Näheres zur Wahlfreiheit hinsichtlich des Hilfsmittels siehe in Kapitel 2.2.4.

⁵⁵ Nr. 21 der Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Fundstelle im Anlagenverzeichnis

⁵⁶ BSG Az: B 3 KR 16/05 vom 24.05.2006

4. Das Hilfsmittel muss in der Regel ärztlich verordnet worden sein.

Die ärztliche Verordnung ist eine wichtige Voraussetzung, um ein Hilfsmittel von der Krankenversicherung beanspruchen zu können. Mit ihr stellt der Arzt/die Ärztin die medizinische Notwendigkeit des Hilfsmittels fest.

Anmerkung: Was die Verordnung im Einzelnen enthalten muss, welche Ausnahmen es für die Verordnungspflicht gibt und was bei Pflegehilfsmitteln gilt, wird in Kapitel 2.2. näher erläutert.

5. Das Hilfsmittel sollte im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sein⁵⁷.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind gesetzlich verpflichtet, ein Verzeichnis mit den erstattungsfähigen Hilfsmitteln zu erstellen⁵⁸. In der Regel findet man dort die benötigten Hilfsmittel.

Es gibt aber auch Hilfsmittel, die dort nicht oder noch nicht aufgenommen sind.

Nach der Rechtsprechung ist das Hilfsmittelverzeichnis nur eine unverbindliche Auslegungs- und Orientierungshilfe und stellt keine abschließende Liste dar⁵⁹. Das bedeutet, dass jeder Hilfe-

Ärztliche Verordnung

Hilfsmittelverzeichnis

Hilfsmittelverzeichnis
als Orientierungshilfe

⁵⁷ § 139 Abs. 1 SGB V, Wortlaut siehe Anlage 1

⁵⁸ siehe auch Kapitel 1.2, Fundstelle zum Hilfsmittelverzeichnis siehe Anhang

⁵⁹ BSG Az: B 3 KR 9/97 vom 16.04.1998

Anspruchsvoraus-
setzungen
zusammengefasst

Hilfsmittel für privat
Krankenversicherte

Eigene
Hilfsmittelkataloge
der privaten Kran-
kenversicherungen

bedarf im Einzelfall nach den oben genannten allgemeinen Voraussetzungen geprüft werden muss. Auf diese Weise kann auch ein im Verzeichnis nicht aufgeführtes Hilfsmittel im Einzelfall als erforderlich angesehen werden und die Krankenversicherung zur Bereitstellung verpflichtet sein⁶⁰.

Zusammenfassend sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

Wer aufgrund seines körperlichen Gebrechens ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens nicht mehr erfüllen kann, kann hierfür ein Hilfsmittel erhalten. Es muss im Einzelfall geeignet, notwendig und wirtschaftlich sein. Es muss ärztlich verordnet werden und sollte im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt sein.

2.1.2 Welche Ansprüche habe ich, wenn ich privat versichert bin?

Beispiel: Herr P ist privat krankenversichert. Er benötigt einen aufwändigen speziellen Liegerollstuhl. Kann er ihn von seiner Krankenversicherung erstattet erhalten?

Ob und welche Hilfsmittel von der privaten Krankenversicherung gezahlt werden, ist nicht allgemein zu beantworten. Es hängt von dem jeweiligen Vertrag sowie von den gewählten Tarifen ab.

Der ausführliche Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gilt für die private Krankenversicherung grundsätzlich nicht. Die meisten privaten Krankenversicherungen haben in ihren Leistungsbeschreibungen eigene Hilfsmittelkataloge.

⁶⁰ Beispiele:

- Lese-Sprechgeräte für Blinde, BSG Az:3 RK 7/95 und B RK 8/95 vom 23.08.1995;
- Vojta-Liege: BSG Az: B 3 KR 25/05 vom 03.08.2006; inzwischen sind diese Geräte Teil des Hilfsmittelverzeichnisses;
- Apparat zur Magnetfeldtherapie: LSG Essen, noch nicht rechtskräftig, liegt dem BSG zu Az: B 3 K 10/07 zur Entscheidung vor;
- Hüftprotektoren siehe Fußnote 35;
- Schultergelenkbewegungsmaschine: SG Hannover Az: S 4 KR 358/92 vom 25.05.2004

Die dortige Aufzählung kann abschließend sein, das bedeutet, nicht genannte Hilfsmittel werden auch nicht erstattet. Sie kann aber auch nur beispielhaft sein („Als Hilfsmittel gelten...“) oder nur die Hilfsmittel auflisten, die nicht erstattungsfähig sind. Manche Versicherungsverträge sehen einen bestimmten jährlichen Betrag für Hilfsmittel vor, ohne diese im Einzelnen zu benennen. Enthält der Versicherungsvertrag keine abschließende Aufzählung der Hilfsmittel, kann eventuell der Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung zur Bestimmung herangezogen werden⁶¹.

Weitere Einschränkungen können durch die jeweilige Tarifwahl vereinbart sein. In bestimmten Tarifen können Hilfsmittel teilweise oder sogar ganz ausgeschlossen sein.

Die meisten privaten Krankenversicherungen sehen allerdings Leistungen vor für Brillen, Hörgeräte, orthopädische Schuhe, Krankenfahrstühle und Prothesen.

Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass das Hilfsmittel medizinisch erforderlich ist. Allgemeine Anspruchsvoraussetzung bei allen privaten Krankenversicherungen ist deshalb – wie bei den gesetzlichen Krankenversicherungen – die ärztliche Verordnung.

Ein wichtiger Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht darin, dass Privatversicherte keinen Anspruch auf Versorgung mit dem Hilfsmittel durch ihre Krankenversicherung haben, sondern einen Anspruch auf Erstattung eines bestimmten Betrages zur Beschaffung des Hilfsmittels.

Beispiel: Herr P sollte zunächst in seinen Versicherungsbedingungen prüfen, ob Hilfsmittel mitversichert sind und ob es einen Hilfsmittelkatalog bei seiner Krankenversicherung gibt. Am Einfachsten ist es meist, direkt bei der Versicherung nachzufragen. Sodann sollte er unter Beifügung der ärztlichen Verordnung einen Antrag für den Liegerollstuhl stellen.

Versicherungs-
bedingungen und
Tarifwahl

Ärztliche Verordnung

Erstattungsanspruch
in Geld

⁶¹ So OLG Frankfurt/Main Az: 7 U 249/94 vom 18.09.1996

Lücke im Versicherungsschutz

Manche Versicherungen sagen Leistungen nur aus Kulanzgründen zu. Es lohnt sich, anhand des Versicherungsvertrages zu überprüfen, ob nicht doch ein Rechtsanspruch auf Erstattung der Hilfsmittelkosten besteht. In Zweifelsfällen sollten Sie Rechtsrat einholen.

Lehnt die private Krankenversicherung die Erstattung eines notwendigen Hilfsmittels ab, weil für Hilfsmittel kein Versicherungsschutz vereinbart wurde, so kann tatsächlich eine Lücke im Krankenversicherungsschutz bestehen.

In einem solchen Fall bietet auch die Pflegeversicherung keinen Schutz. Die Pflegeversicherung deckt allein die Kosten für Pflegehilfsmittel⁶² bei häuslich gepflegten Personen, sie soll keine Lücken in der Versorgung durch die Krankenversicherung schließen.

Auch bei stationär betreuten Personen zahlt die private Krankenversicherung die Hilfsmittel je nach vereinbartem Tarif. Pflegehilfsmittel stellt das Pflegeheim zur Verfügung.

2.1.3 Welche Ansprüche habe ich, wenn ich beihilfeberechtigt bin?

Hilfsmittel für Beihilfeberechtigte

Beispiel: Frau L ist pensionierte Lehrerin. Der Arzt verordnet ein Hörgerät. Das Gerät kostet je Ohr 2.200 €. Kann sie es bestellen? Sie möchte auch für ein Heizkissen Beihilfe bekommen, da sie unter Magenkoliken leidet.

Ärztliche Verordnung

Hilfsmittel sind grundsätzlich beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet werden, dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind⁶³.

Notwendig ist ein Hilfsmittel, wenn es geeignet ist, die Folgen eines regelwidrigen Körperzustands zu lindern, zu bessern, zu beheben oder zu beseitigen⁶⁴. Inhaltlich entsprechen die Voraussetzungen also denen der gesetzlichen Krankenversicherung⁶⁵.

⁶² Zu dem Begriff siehe Kapitel 1.1 mit Beispielen. Siehe auch das Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegeversicherungen, Fundstelle im Anlageverzeichnis des Anhangs

⁶³ Zum Beispiel § 5 Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) für Bundesbeamte, Richter und Versorgungsempfänger des Bundes, Wortlaut siehe Anlage 6

⁶⁴ § 6 Abs.1 Nr.4 BhV (für Bundesbeamte), siehe Anlage 6

⁶⁵ vgl. Kapitel 2.1.1

Der Erstattungsanspruch gegen die Beihilfestelle ist ein Geldanspruch wie bei den privaten Krankenversicherungen.

Es gelten die Beihilfevorschriften für Beamte des Bundes und die für Beamte der Länder⁶⁶. Eine einheitliche Regelung für alle Beamten und Beamtinnen gibt es nicht.

Es gibt im Rahmen der Beihilfevorschriften auch Hilfsmittelkataloge⁶⁷, die jedoch nicht abschließend sind. In manchen Ländern werden allerdings - anders als es das System bei der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht - nicht die beihilfefähigen Hilfsmittel aufgeführt, sondern nur die Hilfsmittel, für die eine vorherige Genehmigung einzuholen ist. Dies ist ab einer gewissen Preishöhe der Fall und kann je nach Bundesland unterschiedlich sein⁶⁸.

Über die Bewilligung benötigter Hilfsmittel, die nicht in der Liste der genehmigungsbedürftigen Hilfsmittel aufgeführt sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde.

In den Verzeichnissen wird teilweise aufgeführt, was nicht zu den Hilfsmitteln gehört:

z.B.: Bandscheibenmatratzen, behindertengerechte Einbauten in Personenkraftwagen

Manche Hilfsmittel sind als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens ausgeschlossen:

z.B.: Arbeitsplatte zum Krankenfahrsstuhl, Ess- und Trinkhilfen, Blindenuhr

Einige der Leistungseinschränkungen für die gesetzlich Versicherten gelten auch für beihilfeberechtigte Personen:

z.B.: sind Brillen nicht mehr beihilfefähig außer für schwer Sehbehinderte und Personen unter 18 Jahren⁶⁹

Kostenerstattung

Keine einheitliche
Regelung für Beihilfe-
berechtigte

Liste genehmigungs-
bedürftiger Hilfsmittel

Gebrauchsgegen-
stände des täglichen
Lebens

Leistungs-
einschränkung

⁶⁶ Die jeweiligen Beihilfevorschriften für die Bundesbeamten, Richter und Landesbeamten sind im Internet zu finden; Fundstelle für die Beihilfevorschriften im Anlageverzeichnis

⁶⁷ Zum Beispiel Anlage 3 (Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel...wie für Körperersatzstücke) zu § 6 Abs.1 Nr. 4 Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) für Bundesbeamte, Fundstelle im Anlageverzeichnis des Anhangs

⁶⁸ Für Bundesbeamte in § 12 Abs. 1 Nr. 4 in Verbindung mit § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV geregelt

⁶⁹ § 33 Abs. 2-4 SGB V

Ferner gibt es Höchstbeträge:

z.B.: für Hörhilfen

Beispiel: Was im Einzelnen für Frau L gilt, hängt also davon ab, wo sie Beamtin war. Die für Pensionäre zuständige Beihilfestelle wird nach der jeweiligen Beihilfeverordnung prüfen, ob ein Hörgerät als Hilfsmittel anzusehen ist. In der Regel wird dies zu bejahen sein.

Da das Gerät über 1.000 € kostet, wird Frau L. vor dem Kauf eine Genehmigung der Beihilfestelle einholen müssen.

Das Heizkissen ist als allgemeiner Gebrauchsgegenstand kein medizinisches Hilfsmittel und wird von der Beihilfe ausgeschlossen sein.

Da beihilfeberechtigte Personen in der Regel ergänzend eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben, wird Beihilfe nur nachrangig gezahlt. Wer beihilfeberechtigt ist, muss nachweisen, welchen Prozentsatz oder Anteil die private Krankenversicherung zahlt bzw. gezahlt hat.

2.2 Welche Unterlagen benötige ich zur Beantragung meines Hilfsmittels?

Antragsunterlagen für
Hilfsmittel

Die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sowie die Beihilfestellen leisten Hilfsmittel bzw. erstatten Hilfsmittelkosten in der Regel nur, wenn diese medizinisch notwendig sind⁷⁰. Wer ein Hilfsmittel nutzen möchte, sollte sich also zunächst an seinen Arzt bzw. seine Ärztin wenden.

2.2.1 Was ist die ärztliche Aufgabe bei der Verordnung von Hilfsmitteln?

Bei der Verordnung sind die Ärzte/Ärztinnen an bestimmte rechtliche Vorgaben gebunden⁷¹.

Berücksichtigung der
Bedürfnisse und Lebensverhältnisse der
Patienten/innen

Aufgabe der Ärzte/Ärztinnen ist es, neben der Stellung der Diagnose umfassende Feststellungen zur Notwendigkeit des Hilfsmittels in jedem Einzelfall zu treffen. Dabei müssen sie die individuellen Bedürfnisse und die konkreten Lebens- und Umgebungsverhältnisse der Betroffenen berücksichtigen⁷².

⁷⁰ Siehe Kapitel 2.1

⁷¹ Richtlinie des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung; Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL); neu gefasst am 16.10.2008; Auszüge Anlage 8

⁷² § 6 Abs. 2 HilfsM-RL, siehe Anlage 8

z.B.: muss die Ärztin vor der Verordnung eines elektrischen Rollstuhls genaue Fragen zu den persönlichen Lebensumständen und Fähigkeiten des Patienten stellen, und herausfinden, ob und wofür ihm ein solches Hilfsmittel tatsächlich nutzen kann.

Das Hilfsmittel ist in der Verordnung so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, und es sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Angaben zu machen⁷³.

Beispiele: Frau T benötigt orthopädische Einlagen.

Herr S hat unterschiedlich lange Beine. Er benötigt speziell angefertigte Schuhe.

Frau S ist inkontinent und benötigt Inkontinenzvorlagen.

Die Verordnung muss enthalten⁷⁴:

- die Diagnose,
- das Datum,
- die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Produktart oder deren Positionsnummer im Hilfsmittelverzeichnis

z.B.: Einlagen (Produktart); 08.03.03.0 (Produktgruppe 8, Untergruppe 3;Schaleneinlagen, Kork-Leder)

Ausnahmsweise kann auch ein spezielles Hilfsmittel verordnet werden, wenn die Ärztin/der Arzt es für erforderlich hält und dies begründet,

z.B.: Inkontinenzvorlagen einer bestimmten Marke, weil Frau S. auf andere Produkte mit allergischen Hautreaktionen reagiert.

- Anzahl/Menge für einen bestimmten Zeitraum,

z.B.: zwei Einlagen, ein Paar Schuhe; Inkontinenzvorlagen für den Bedarf von zwei Monaten

- wenn nötig Hinweise, die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung gewährleisten,

z.B.: die Art der Herstellung oder des Materials, Maßkonfektion, spezielle Anfertigung und die speziell erforderlichen Funktionen.

⁷³ § 7 Abs. 2 HilfsM-RL, siehe Anlage 8

⁷⁴ § 7 Abs. 2, 3 HilfsM-RL, siehe Anlage 8

Zeitliche begrenzte
Gültigkeit der ärztli-
chen Verordnung

Änderung der ärztli-
chen Verordnung

Ärztliche Abnahme
von Hilfsmitteln

Gebot der Wirtschaft-
lichkeit

Die Betroffenen können die Verschreibung geeigneter Hilfsmittel verlangen, die dem jeweils aktuellen Stand der Technik entsprechen⁷⁵.

Auch Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, können mit der entsprechenden Begründung verschrieben werden.

Eine Hilfsmittelversorgung muss innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen werden; andernfalls verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Es ist ausreichend, wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenversicherung eingeht⁷⁶.

Treten im Rahmen der Anpassung oder Abgabe des Hilfsmittels Probleme auf, hat der Lieferant darüber unverzüglich die Ärztin/den Arzt zu informieren und kann die Versorgung eventuell unterbrechen. Die Ärztin/der Arzt muss dann überprüfen, ob eine Änderung oder Ergänzung der Verordnung notwendig ist. Jede Änderung und Ergänzung muss jeweils erneut mit einer ärztlichen Unterschrift versehen werden⁷⁷.

z.B.: stellt sich bei der Anpassung der für Herrn S verordneten orthopädischen Schuhe heraus, dass ein schmerzfreies Gehen nur mit zusätzlichen Einlagen erreicht werden kann. Der Orthopädiefachbetrieb wendet sich dann direkt an die Ärztin/den Arzt, um die Verordnung ergänzen zu lassen.

Die Ärztinnen/Ärzte sollen nach der Versorgung der Betroffenen mit dem verordneten Hilfsmittel prüfen, ob das Hilfsmittel der Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt⁷⁸.

z.B.: stellt Herr S. beim nächsten Besuch die Schuhe und Einlagen seinem Arzt vor und dieser überprüft sie.

Zwar besteht für die Verordnung von Hilfsmitteln – anders als bei Arzneimitteln – keine Budgetierung⁷⁹, doch sind die Ärzte gehalten, bei der Verordnung von Hilfsmitteln das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten⁸⁰.

⁷⁵ § 1 Abs.1 HilfsM-RL, siehe Anlage 8

⁷⁶ § 8 Abs.2 HilfsM-RL, siehe Anlage 8

⁷⁷ § 7 Abs.4 HilfsM-RL, siehe Anlage 8

⁷⁸ § 9 HilfsM-RL, siehe Anlage 8

⁷⁹ Budgetierung bedeutet, dass die Kosten für Arzneimittel, die vom einzelnen Kassenarzt/von der einzelnen Kassenärztin insgesamt in einem Quartal für die Patienten verordnet werden dürfen, nach oben begrenzt sind.

⁸⁰ § 6 Abs. 4 HilfsM-RL, siehe Anlage 8

z.B. kann keine Maßanfertigung verordnet werden, wenn ein Fertigartikel denselben Zweck erfüllt oder es muss geprüft werden, ob statt der Verordnung eines mechanischen Hilfsmittels spezielle Bewegungsgymnastik zur Wiederherstellung von Muskel- und Balancefähigkeit den gleichen Behandlungszweck erfüllt.

2.2.2 Benötige ich immer eine ärztliche Verordnung?

Für Hilfsmittel, die nicht Pflegehilfsmittel sind, ist in aller Regel die Krankenversicherung Kostenträger, so dass für diese eine ärztliche Verordnung notwendig ist⁸¹.

Ärztliche Verordnungen werden nicht benötigt, wenn es sich lediglich um Pflegehilfsmittel handelt, das heißt um Hilfsmittel, die allein der Erleichterung der Pflege oder der Linderung von Beschwerden dienen. Diese Hilfsmittel werden auch nicht von der Krankenversicherung, sondern von der Pflegekasse übernommen.

Pflegehilfsmittel in der häuslichen Pflege können bei der Pflegekasse formlos beantragt werden. Voraussetzung ist die Einordnung der oder des Hilfsmittelbegehrenden als pflegebedürftig in eine Pflegestufe⁸².

Die Pflegekasse stellt diesem Personenkreis bestimmte Hilfsmittel unmittelbar zur Verfügung, andere können selbst oder vom Pflegedienst beim Fachhandel besorgt werden.

Pflegehilfsmittel in der stationären Pflege werden vom Heim gestellt. Hier ist also kein Antrag notwendig, weil das Heim verpflichtet ist, notwendige Pflegehilfsmittel bereit zu halten und einzusetzen.

Für beide Gruppen – häusliche wie stationäre Pflege – gilt jedoch, dass eine ärztliche Empfehlung eines Pflegehilfsmittels sinnvoll sein kann, um es von der Pflegekasse bzw. dem Heim zu erhalten.

Ärztliche Verordnung
gegenüber der
Krankenversicherung

Pflegehilfsmittel auf
bloßen Antrag

Pflegehilfsmittel in
der häuslichen Pflege

Pflegehilfsmittel
in der stationären
Pflege

⁸¹ Was Hilfsmittel und was Pflegehilfsmittel sind, wurde in Kapitel 1.1 erläutert; Andere mögliche Kostenträger sind in § 3 Abs. 3 der HilfsM-RL aufgeführt, Anlage 8; die Ansprüche gegen diese Kostenträger sind nicht Gegenstand dieser Broschüre.

⁸² §§ 14, 40 SGB IX

Ärztliche Empfehlung für Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmitteln mit Doppelfunktionen

Ärztliche Verordnung von Hilfsmitteln im Heim

Im häuslichen Bereich gilt dies besonders bei den technischen Pflegehilfsmitteln⁸³. Hier prüft in jedem Fall eine Pflegekraft oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung⁸⁴ die Erforderlichkeit des Hilfsmittels. Im Konfliktfall kann die Meinung des behandelnden Hausarztes oder der Hausärztin von Bedeutung sein.

Auch bei der stationären Pflege kann es für Pflegebedürftige notwendig und hilfreich sein, wenn ihr Hausarzt oder ihre Hausärztin gegenüber dem Heim deutlich macht, dass ein Hilfsmittel zum Einsatz kommen muss.

Bei Pflegehilfsmitteln mit Doppelfunktionen sind Besonderheiten zu beachten:

Solche Hilfsmittel dienen sowohl der Pflegeererleichterung als auch dem individuellen oder medizinisch-therapeutischen Gebrauch⁸⁵.

Beispiele für den individuellen Gebrauch: Gehgestelle, Gehwagen, fahrbare Gehhilfen, Adaptivrollstühle, Schieberollstühle

Beispiele für den medizinisch-therapeutischen Gebrauch: Dekubitusmatratzen, Inkontinenzhilfen, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Lagerungshilfen

Für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ist eine ärztliche Verordnung immer dann notwendig, wenn das Hilfsmittel nicht eindeutig hauptsächlich zur Erleichterung der Pflege eingesetzt werden soll. In diesen Fällen kann es zwischen Krankenversicherung und Heim zum Konflikt kommen, wer die Kosten zu tragen hat⁸⁶. Dann sollte die ärztliche Verordnung den Funktionsausfall und die Behinderung sowie den Zweck des Einsatzes des Hilfsmittels beschreiben.

Beispiel: Der Hausarzt der bettlägerigen Frau A verordnet: „Eine Dekubitusmatratze ist einzusetzen.“ Hieraus geht nicht hervor, welche Diagnose vorliegt und zu welchem Zweck Frau A das Hilfsmittel benötigt.

Solange ein Dekubitus (Liegegeschwür) erst droht, dient die Matratze der Vorbeugung, sodass das Heim sie stellen müsste. Liegt dagegen ein Dekubitus bereits vor, geht es um Krankenversorgung, sodass die Krankenversicherung die Matratze beschaffen müsste.

⁸³ siehe bei Kapitel 1.1

⁸⁴ Die Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) bei der Beantragung von Hilfsmitteln wird in Kapitel 3.1.2 besprochen.

⁸⁵ Das sind alle Hilfsmittel, die bei den Beispielen des in Kapitel 2.3.3 abgedruckten Abgrenzungskatalogs ein Kreuz in beiden Rubriken (Krankenversicherung und Heim) haben.

⁸⁶ Ausführlich wird diese Frage in Kapitel 2.3.3 behandelt.

Der Hausarzt von Frau A sollte demnach in der Verordnung die Diagnose und den Dekubitusgrad angeben. Damit wird auch ein Konflikt zwischen dem Heim und der Krankenversicherung auf dem Rücken der Pflegebedürftigen vermieden.

Dies gilt insbesondere bei technischen Pflegehilfsmitteln, die nur individuell von einer Heimbewohnerin oder einem Heimbewohner benutzt werden, und die zur Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses außerhalb der stationären Einrichtung oder zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben benötigt werden.

Beispiel: Herr M ist zur Fortbewegung auf einen Rollstuhl angewiesen, den er allerdings nicht mehr selbst bedienen kann. Er wird regelmäßig von Angehörigen abgeholt, die ihn außerhalb des Heims spazieren fahren oder zu Bekannten bringen. Der Arzt verordnet Herrn M einen Schieberollstuhl ohne weitere Zweckbestimmung.

Die Krankenversicherung wird den Antrag unter Umständen ablehnen und darauf verweisen, dass das Heim Schieberollstühle vorhält und ihm zur Verfügung stellen könnte. Der Arzt muss Art und Umfang des Einsatzes des Rollstuhls näher begründen, damit klar wird, dass Herrn M nur mit einem eigens für ihn zur Verfügung stehenden Rollstuhl geholfen ist, den dann die Krankenversicherung stellen muss. Auf der Verordnung kann als Einsatzzweck des Hilfsmittels zum Beispiel „Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, regelmäßige Besuchsfahrten außerhalb des Heims“ angegeben werden.

Die folgende Darstellung fasst schematisch zusammen, wann eine ärztliche Verordnung für Ihr Hilfsmittel notwendig ist, wann ein Antrag ausreicht und eine ärztliche Empfehlung hilfreich sein kann:

Übersicht zur Art der
Verordnung von
Hilfsmitteln

Art des Hilfsmittels	Art der Verordnung	Kostenträger
Hilfsmittel zur Krankheitsbehandlung und zum Behinderausgleich	Ärztliche Verordnung	Krankenversicherung
Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind	Ärztliche Verordnung	Krankenversicherung
Pflegehilfsmittel für häuslich Gepflegte	Antrag des oder der Hilfsmittelbedürftigen, der Angehörigen oder des Pflegedienstes; eventuell ärztliche Empfehlung	Pflegeversicherung
Pflegehilfsmittel für stationär Gepflegte	eventuell ärztliche Empfehlung	Heim
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel für häuslich Gepflegte	Antrag des oder der Hilfsmittelbedürftigen, der Angehörigen oder des Pflegedienstes	Pflegeversicherung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel für stationär Gepflegte	Einsatz durch Pflegeabteilung des Heims; eventuell ärztliche Empfehlung gegenüber der Pflegedienstleitung	Heim
Pflegehilfsmittel mit Doppelfunktion für stationär Gepflegte: 1. die ausschließlich individuell genutzt oder angepasst sind oder hauptsächlich medizinisch-therapeutisch eingesetzt werden 2. die hauptsächlich zur Pflegeerleichterung eingesetzt werden	Ärztliche Verordnung mit ausführlicher Begründung, wofür das Hilfsmittel eingesetzt werden soll eventuelle ärztliche Empfehlung gegenüber der Pflegedienstleitung	Krankenversicherung Heim
Pflegehilfsmittel mit Doppelfunktion für häuslich Gepflegte: 1. die ausschließlich individuell genutzt oder angepasst sind oder hauptsächlich medizinisch-therapeutisch eingesetzt werden 2. die hauptsächlich zur Pflegeerleichterung eingesetzt werden	Ärztliche Verordnung mit ausführlicher Begründung, wofür das Hilfsmittel eingesetzt werden soll Antrag des oder der Hilfsmittelbedürftigen, der Angehörigen oder der Pflegekraft	Krankenversicherung Pflegeversicherung

2.2.3 Benötige ich einen Kostenvoranschlag und eine Kostenzusageerklärung?

Die Antwort auf diese Frage richtet sich danach, ob Sie gesetzlich oder privat krankenversichert bzw. beihilfeberechtigt sind.

Die gesetzliche Krankenversicherung leitet die Versorgung mit dem Hilfsmittel selbst ein. Dazu bedient sie sich ihrer Vertragspartner (Hilfsmittellieferanten und Fachhandel). In der Praxis geschieht dies in der Weise, dass der Arzt oder die Ärztin oder Sie selbst die Verordnung an Ihre Krankenversicherung schicken, die dann entweder die Lieferung des Hilfsmittels selbst veranlasst oder Ihnen zusammen mit der Kostenzusage eine Liste der in Frage kommenden Lieferanten übersendet. Sie können sich dann an einen dieser Lieferanten wenden und das Hilfsmittel erhalten.

Alternativ können Sie sich mit der Verordnung unmittelbar an den Fachhandel wenden und das Hilfsmittel aussuchen. Der Fachhändler schickt dann Ihre Verordnung zusammen mit seinem Kostenvoranschlag an Ihre Krankenversicherung, deren Genehmigung abgewartet werden muss.

Handelt es sich um Hilfsmittel, für die Festbeträge⁸⁷ festgesetzt sind, ist die vorherige Kostenzusage der Kasse in der Regel nicht notwendig.

Ein Kostenvoranschlag wird jedoch immer für besonders anzufertigende Hilfsmittel benötigt, die nicht serienmäßig hergestellt werden. Auch in diesem Fall muss die Krankenversicherung eine vorherige Zusage für die Hilfsmittelleistung erteilen.

Anders als die gesetzlich Krankenversicherten sind die privat Versicherten und Beihilfeberechtigten in der Wahl der Hilfsmittel und des Fachhändlers frei. Sie müssen die Hilfsmittel zunächst selbst bezahlen. Für die Erstattung der Kosten sind die ärztliche Verordnung sowie die Rechnung der Krankenversicherung und der Beihilfestelle vorzulegen.

Manche Versicherungsbedingungen und Beihilfevorschriften machen die Erstattung der Kosten des Hilfsmittels ab einer bestimmten Preishöhe von der vorherigen Kostenübernahmeerklärung abhängig.

Kostenzusage von
der gesetzlichen
Krankenversicherung

Kostenvoranschlag
für die gesetzliche
Krankenversicherung

Privat Versicherte
und
Beihilfeberechtigte

Kostenübernahme-
erklärung

⁸⁷ Welche das sind, wird in Kapitel 2.4. über die Kosten der Hilfsmittel besprochen.

2.2.4 Habe ich Wahlfreiheit zwischen den Hilfsmittellieferanten, und welche Rolle spielen diese bei der Versorgung mit Hilfsmitteln?

Rolle des
Fachhandels

Der Fachhandel berät und informiert über die zur Verfügung stehenden und wirtschaftlich günstigsten Hilfsmittel, leiht sie aus, liefert sie, passt sie an und sorgt für Reparatur.

Vertragspartner der
Krankenversicherung

Gesetzlich Krankenversicherte können seit dem 01.04.2007 nur noch Hilfsmittel von Vertragspartnern ihrer Krankenversicherung⁸⁸ beziehen. Seitdem wird das gesamte Versorgungssystem für Hilfsmittel neu geordnet.

Ausschreibungs-
verfahren

Um eine flächendeckende und qualitativ gute, wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln zu ermöglichen, schließen die Krankenversicherungen nach einem Ausschreibungsverfahren entweder Exklusivverträge mit den Ausschreibungsgewinnern oder Rahmenverträge mit den Lieferanten und dem Fachhandel. Manche Kassen haben einen eigenen Pool, über den sie ihre Versicherten mit Hilfsmitteln zum Beispiel durch Belieferung nach Hause versorgen lassen.

TIPP

TIPP: Wenn Sie ein Hilfsmittel wünschen, sollten Sie sich deshalb zunächst bei Ihrer Krankenversicherung erkundigen, welche Versorgungsmöglichkeit besteht.

Wahlfreiheit
eingeschränkt

Ihre bisherige Freiheit, sich den Hilfsmittellieferanten oder den Fachhandel nach Ihren Wünschen auszuwählen, wurde durch die gesetzlichen Änderungen eingeschränkt.

Exklusivverträge
Rabattpreise

Das gilt insbesondere dort, wo Exklusivverträge über die Lieferung zu Rabattpreisen geschlossen wurden

z.B.: für Inkontinenzartikel (Windeln), Gehhilfen.⁸⁹

Weitere Ausschreibungen finden zurzeit für Stomaartikel und für orthopädische Schuhe statt⁹⁰. Künftig wird es für alle Hilfsmittel ohne besonderen Dienstleistungs- oder Anpassungsbedarf derartige Exklusivverträge geben.

⁸⁸ eingeführt durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 27.03.2007, § 33 Abs. 6, § 126 Abs. 1, 127 SGB V, Fundstelle und Gesetzesauszug Anlage 1

⁸⁹ zum Beispiel AOK Sachsen-Anhalt seit 1. Januar 2008 für Gehstützen; BKK für Inkontinenzartikel

⁹⁰ Informationen über den derzeitigen Stand der Ausschreibungen im ganzen Bundesgebiet können auf der Website des Aktionsbündnisses „Meine –Wahl“ unter der Rubrik „Ausschreibungsmonitor“ abgerufen werden; siehe Informationsadressen im Anhang

Versicherte sind in Zukunft verpflichtet, die Hilfsmittel von diesen ausgesuchten Lieferanten zu beziehen. Die Krankenversicherungen sind allerdings verpflichtet, bei ihren Vertragsabschlüssen die Qualität der Hilfsmittel ebenso sicherzustellen wie die Beratung der Versicherten und die sonstigen erforderlichen Dienstleistungen⁹¹ wie zum Beispiel die Anpassung oder die Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels.

Nur in den Fällen, in denen Sie ein berechtigtes Interesse⁹² darlegen können, dass Sie das Hilfsmittel von einem anderen Hersteller beziehen müssen, ist dies gestattet. Nach der gesetzlichen Regelung soll dies die Ausnahme sein. Wann das der Fall sein kann, ist Auslegungssache.

Denkbar ist zum Beispiel eine Unverträglichkeit des Hilfsmittels oder erhebliche Lieferschwierigkeiten der von der Krankenversicherung bestimmten Firma⁹³.

Wichtig zu wissen ist, dass sich die Leistung der Versicherung auch in diesen Ausnahmefällen nur auf den Rabattpreis beschränken kann⁹⁴.

Lehnt die oder der Versicherte den zum Rabattpreis lieferbaren Artikel ohne triftigen Grund ab, kann die Kasse die Leistung ganz ablehnen⁹⁵.

Beispiel: Die Krankenversicherung hat Rabattpreise mit dem Hilfsmittellieferanten A für Inkontinenzartikel vereinbart. Der Preis liegt 5 € unter dem Festpreis. Dann erhalten Sie entweder die Windeln von dem Lieferanten A, oder Sie müssen bis zu 5 € mehr hinzuzahlen, wenn Sie berechtigt sind, ein anderes Produkt wählen.

Die praktischen Erfahrungen mit den Ausschreibungen und der Qualität der ‚Rabattprodukte‘ bleiben abzuwarten⁹⁶.

Produktqualität,
Beratung und Dienst-
leistungen

Alternative Bezugs-
möglichkeit nur bei
berechtigtem
Interesse

Kostenfolgen

⁹¹ § 127 Abs. 1 SGB V, Wortlaut Anlage 1

⁹² § 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V

⁹³ siehe auch Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich vom 27.03.2007, Anlage 5 des Anhangs

⁹⁴ § 33 Abs. 6 Satz 2, 3 SGB V

⁹⁵ § 33 Abs. 6 Satz 2, 3 SGB V

⁹⁶ siehe Anmerkung 90

Rahmenverträge

Bei allen Hilfsmitteln, die sich nicht für eine Ausschreibung eignen, weil bei ihrer Auswahl zum Beispiel intensive fachliche Beratung notwendig ist oder weil sie individuell angepasst werden müssen - wie zum Beispiel Prothesen - werden die Krankenversicherungen mit den Hilfsmittellieferanten Rahmenverträge schließen und für ein Versorgungsnetz sorgen. Das bedeutet, dass Sie das Hilfsmittel unter Umständen nicht mehr bei Ihrem vertrauten Sanitätshaus oder Ihrer Apotheke beziehen können.

Zumutbarkeit der Versorgung

Sie haben aber weiterhin das Recht, auf eine zumutbare Art und Weise mit Ihrem Hilfsmittel versorgt zu werden⁹⁷. Was im Einzelnen zumutbar ist, hängt von der Art des Hilfsmittels ab. Bei Hilfsmitteln, die individuell angepasst werden müssen, muss dies zum Beispiel wohnortnah⁹⁸ geschehen.

Wenn Sie auf eine Vielzahl von Hilfsmitteln angewiesen sind, ist Ihnen kaum zumutbar, sich bei unterschiedlichen Lieferanten zu versorgen, statt wie bisher bei einem einzigen vertrauten Fachhändler.

Was den Hilfsmittelbedürftigen in Zukunft zuzumuten ist, wird unter anderem von der Auslegung der Vorschriften durch die einzelnen Krankenversicherungen abhängen⁹⁹. Sicherlich werden die Gerichte zu dieser und anderen Fragen der veränderten Hilfsmittelversorgung angerufen werden.

Übergangsregelungen

Zurzeit gelten noch Übergangsregelungen:

Bis zum 31.12.2009 können die bisher anerkannten Hilfsmittelunternehmen wie Ihr gewohntes Sanitätshaus oder Ihre Apotheke Ihre Hilfsmittel liefern.

Nach der Entscheidung eines Landessozialgerichts können Versicherte bis zum Ablauf dieser Frist nicht ausschließlich auf Hilfsmittelhersteller verwiesen werden, die Exklusivverträge mit den Krankenversicherungen geschlossen haben¹⁰⁰.

⁹⁷ § 127 Abs. 3, Satz 1 SGB V, Wortlaut Anlage 1

⁹⁸ Wie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ‚wohnortnah‘ definiert siehe in der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen, Wortlaut auszugsweise in Anlage 5

⁹⁹ siehe zu der Auslegung die Verlautbarungen des Bunds der Krankenkassen, Auszüge in Anlage 5

¹⁰⁰ LSG Berlin-Brandenburg Az: L 1 B 41/08 KR ER vom 08.02.2008

Anmerkung: Wie sich die eingeschränkte Wahlfreiheit auf die Kosten auswirkt, die die Hilfsmittelbedürftigen für ihre Hilfsmittel aufbringen müssen, wird im Kapitel 2.4.2 näher erläutert.

2.3 Wer stellt die Hilfsmittel für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zur Verfügung?

Hilfsmittel im Heim

In der stationären Betreuung treten immer wieder Fragen auf, wer für die Gestellung von Hilfsmitteln verantwortlich ist: Heim oder Krankenversicherung? Oft müssen die Gerichte bemüht werden, um diese Fragen zu klären. Mit den nachstehenden Erläuterungen können wir lediglich die Grundsätze darstellen. Individuelle Fragen müssen individuell mit den Krankenversicherungen geklärt werden.

2.3.1 Welche Hilfsmittel hält ein Heim vor?

Typische Hilfsmittel
im Heim

Grundsätzlich haben stationäre Pflegeeinrichtungen¹⁰¹ die Pflegebedürftigen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ausreichend und angemessen zu pflegen und dafür typisches Inventar bereit zu stellen. Folglich fällt alles, was hauptsächlich der Pflege dient oder sie erleichtert, in den Zuständigkeitsbereich des Pflegeheims.

Zur Vorhaltepflcht der Pflegeeinrichtung gehören somit grundsätzlich:

Vorhaltepflcht der
Pflegeeinrichtung

- sämtliche Hilfsmittel, die für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner üblich und notwendig sind. Art und Umfang der Ausstattung richtet sich nach der Bewohnerstruktur und dem zu erwartendem Versorgungsbedarf¹⁰²,
- die nach dem jeweiligen Versorgungsauftrag¹⁰³ der Einrichtung notwendigen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel,

z.B.: bei spezialisierten Heimen für Beatmungspatienten entsprechende Geräte; bei Blindenheimen spezielle Blindenhilfsmittel

¹⁰¹ § 71 Abs. 2 SGB XI, Definition im Gesetz, Wortlaut in Anlage 1

¹⁰² zum Beispiel Absaugkatheter und Absauggerät in einer für Wachkomapatienten zugelassenen Einrichtung gehören zur Heimausstattung, so das Sozialgericht Leipzig Az: S 8 KR 253/05 vom 30.11.2006

¹⁰³ Was zur Ausstattung des Heims gehört, kann sich aus dem Versorgungsvertrag zwischen Heimträger und Pflegekassen oder aus dem Heimvertrag ergeben.

Pflegehilfsmittel zur Grundpflege

- Hilfsmittel, die allgemein zur Vorbeugung vor Krankheit und Pflege bereitgestellt werden. Hier steht der Pflegeaspekt ganz im Vordergrund,

z.B.: Lagerungshilfen, Dekubitusmatratzen Stufe 0 zur Vorbeugung vor Druckgeschwüren¹⁰⁴

- Produkte, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern gemeinsam genutzt werden können.

z.B.: Duschwagen, Waschsysteme

Auch Pflegehilfsmittel zur Körperpflege und Hygieneartikel, die für die Durchführung der üblichen Grundpflege und Fußpflege notwendig sind, sind vom Heim zu stellen. Dazu gehört alles, was notwendig ist, um die Pflegebedürftigkeit zu mindern, sowie einer Verschlimmerung und der Entstehung von Sekundärerkrankungen¹⁰⁵ vorzubeugen:

z.B.: Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, Duschwagen, alle in der Produktgruppe 51 im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgelisteten Produkte¹⁰⁶ sowie die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 54 wie saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch, Schutzbekleidung, Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel

Handelt es sich dagegen um Produkte zur medizinisch verordneten Behandlungspflege, so werden diese von der Krankenversicherung geleistet¹⁰⁷:

z.B.: Hilfsmittel für medizinische Fußpflege, medizinische Hautpflege

Produkte zur Schönheitspflege

Sämtliche handelsüblichen Hygieneartikel und Schönheitspflegeprodukte müssen nicht vom Heim gestellt werden, sondern sind von der Heimbewohnerin oder dem Heimbewohner selbst zu finanzieren:

z.B.: Feinseife, Rasierseife, Rasiercreme, Rasierapparat, Klingen, Elektrorasierer, Zahncreme, Zahnbürsten, Hautcreme, Waschlappen, Haarbürste, Kamm, Haarpflege und Kosmetika

¹⁰⁴ BSG Az: B KR 15/02 vom 24.09.2002

¹⁰⁵ Sekundärerkrankungen bedeutet Folgeerkrankungen

¹⁰⁶ Pflegehilfsmittelverzeichnis, Überblick über die Produktgruppen im Anhang Anlage 3

¹⁰⁷ siehe Kapitel 2.3.3

Zur Ausstattung der Pflegeeinrichtung zählt alles, was zur Verbesserung des Wohnumfelds gehört oder fest eingebaut ist,

z.B.: Treppenlift oder Rufanlage an jedem Bett

außerdem allgemein übliche und regelmäßig benötigte Hilfsmittel:

z.B.: Rollstühle, Gehwagen, Pflegebetten;
auch Verbrauchsgüter wie Bettschutzeinlagen, Desinfektionsmittel, etc.¹⁰⁸

Für pflegebedürftige Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die in vollstationären Einrichtungen leben¹⁰⁹, gilt das oben Gesagte entsprechend. Diese Einrichtungen erhalten 10 % des Heimentgelts von der gesetzlichen Pflegekasse für die Vorhaltung von Pflegehilfsmitteln für dort lebende pflegebedürftige Menschen¹¹⁰.

TIPP: In der Praxis können im Einzelfall immer wieder Meinungsverschiedenheiten über die Abgrenzung auftreten. Sie sollten die Handhabung und Regelung in Ihrer Einrichtung bei Vertragsabschluss erfragen und sich schriftlich bestätigen lassen. Im Übrigen kann bei der Pflegekasse erfragt werden, welche Leistungen im Pflegesatz enthalten sind.

TIPP

2.3.2 Wie viele Hilfsmittel muss ein Heim zur Verfügung stellen?

Der Umfang der jeweiligen Heimausstattung ergibt sich aus der Leistungsbeschreibung im Heimvertrag, die nach dem Heimgesetz verpflichtend ist¹¹¹.

¹⁰⁸ weitere Beispiele siehe unten im Katalog der Pflegehilfsmittel Kapitel 2.3.3

¹⁰⁹ nach § 71 Abs. 4 SGB XI sind dies keine Pflegeeinrichtungen, sondern Behinderteneinrichtungen

¹¹⁰ § 43a SGB XI, Gesetzestext Anlage 1

¹¹¹ § 5 HeimG; siehe zu diesem Thema auch die Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: 'Ihre Rechte als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner', aus dem Internet herunterladbar; Internetadresse im Anhang

Ferner haben die Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen Versorgungsverträge¹¹² abgeschlossen, in denen auch die Ausstattung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln festgelegt ist. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat der Heimträger dafür einzustehen, dass jeder Heimbewohnerin und jedem Heimbewohner die erforderlichen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt werden¹¹³.

z.B.: Jede Heimbewohnerin und jeder Heimbewohner, der nicht mehr selbst gehen kann und auf einen Rollstuhl angewiesen ist, hat ein Recht auf einen Rollstuhl. Das Heim muss die notwendige Anzahl von geeigneten Rollstühlen als notwendiges Inventar bereit stellen.

In der Praxis ist die Ausstattung der Heime nicht immer ausreichend. Das liegt teilweise auch an Platzmangel, denn die Vorhaltung von Pflege- und Hilfsmitteln benötigt Lagerplatz. Oft liegt es aber auch daran, dass die Kostenfrage ungeklärt ist und die Heime nicht in Vorleistung treten wollen¹¹⁴.

Für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen ist es wichtig zu wissen, dass sie ein Recht auf angemessene Ausstattung haben, das sie nötigenfalls auch durchsetzen sollten¹¹⁵.

2.3.3 Für welche Hilfsmittel ist die Krankenversicherung zuständig und für welche das Heim?

In Kapitel 1.4.2 hatten wir erläutert, dass sich die Zuständigkeit des Kostenträgers für Hilfsmittel danach richtet, zu welchem Zweck diese eingesetzt werden.

Für die Abgrenzung zwischen der Zuständigkeit der Krankenversicherung und des Pflegeheims gilt demnach Folgendes:

Alle Hilfsmittel, die speziell auf einzelne Bewohnerinnen und Bewohner zugeschnitten ist und nur von ihnen benutzt werden und alle, die der Krankenbehandlung oder hauptsächlich dem

¹¹² §§ 72, 73 SGB XI

¹¹³ BSG Az: B 3 A 1/07 R vom 15.11.2007

¹¹⁴ Einzelheiten hierzu siehe Kapitel 3.4

¹¹⁵ siehe zu diesem Thema auch die BIVA Broschüre: 'Ihre Rechte als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner', siehe Fußnote 111

Ausgleich einer Behinderung dienen, sind von den gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. privaten Krankenversicherungen zu leisten.

In die Zuständigkeit der Krankenversicherungen fallen somit:

- Hilfsmittel zur Behandlung einer akuten Erkrankung bzw. zum Ausgleich einer Behinderung, auch wenn diese unmittelbar droht. Das gilt auch, wenn eine Rehabilitation nicht mehr möglich ist oder der jetzige Zustand der Behinderung nicht mehr verbessert werden kann.

z.B.: Ernährungspumpe¹¹⁶

- Hilfsmittel, die der Durchführung der Behandlungspflege dienen. Dies gilt zeitlich begrenzt auch für die Nachsorge.

z.B.: Dekubitusmatratze¹¹⁷

- Auf den einzelnen Heimbewohner zugeschnittene und nur von ihm genutzte Hilfsmittel, wenn sie medizinisch notwendig sind.

z.B.: orthopädisch angepasste Schuhe oder Beinprothese

- Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses dienen und ausschließlich von einer Person benutzt werden und nicht typisches Inventar des jeweiligen Pflegeheims sind.

z.B.: Lesegerät eines erblindeten Heimbewohners

- Gegenstände, die hauptsächlich zum Behinderungsausgleich eingesetzt werden, auch wenn sie gleichzeitig die Grundpflege ermöglichen oder erleichtern.

z.B.: Einmalwindeln bei einem aufgrund einer Tetraspastik¹¹⁸ Behinderten, wenn dieser durch ihren Einsatz in die Lage versetzt wird, am Gemeinschaftsleben teilzunehmen¹¹⁹

Hilfsmittel im Heim
zur Krankheits-
behandlung
und zum Behinde-
rungsausgleich

Hilfsmittel im Heim
zur Behandlungs-
pflege

Hilfsmittel im Heim
zur individuellen
Nutzung

Hilfsmittel im Heim
zur Befriedigung
eines allgemeinen
Grundbedürfnisses

¹¹⁶ BSG Az: B 3 KR 67/01 vom 06.06.2002 zur Ernährungspumpe mit Überleitungssystem

¹¹⁷ BSG Az: B 3 KR 9/02 vom 24.09.2002 Dekubitusmatratze ab Stufe 1

¹¹⁸ Tetraspastik bedeutet die Lähmung aller vier Extremitäten

¹¹⁹ LSG NRW Az: L2 KR 73/04 vom 17.08.2006

Bei Hilfsmitteln mit einem Doppelzweck, die sowohl der Pflege-erleichterung als auch der individuellen Nutzung und dem Ausgleich einer körperlichen Behinderung und größerer Selbstständigkeit dienen¹²⁰, ist die Zuordnung nicht immer eindeutig. Entscheidend für die Abgrenzung ist, ob das Hilfsmittel vorwiegend zur Pflege eingesetzt wird oder für andere Bedürfnisse genutzt wird.

In der Vergangenheit gab es in diesem Bereich einige Streitfragen insbesondere darüber, wann die Krankenversicherung einen Rollstuhl zu beschaffen hat, und wann das Heim ihn stellen muss. Durch die gesetzlichen Änderungen im Rahmen der Gesundheitsreform im Jahre 2007 sind diese Fragen geklärt worden¹²¹.

Der Gesetzgeber hat deutlich gemacht, dass Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auch dann einen Anspruch auf individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Krankenversicherung haben, wenn eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft nicht mehr möglich ist. Es macht auch keinen Unterschied mehr, ob das Hilfsmittel nur im Heim oder auch außerhalb des Heims benötigt wird.

Rollstuhl im Heim

Beispiele: Herr R kann sich ohne Hilfsmittel nicht mehr fortbewegen, mit einem Rollstuhl kann er sich im Zimmer, im Heim und außerhalb des Heims alleine bewegen.

Herrn R wird durch den Rollstuhl eigene Mobilität und Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht, er benötigt ihn ständig, die Krankenversicherung muss den Rollstuhl beschaffen.

Frau C dagegen ist wegen fortgeschrittener Demenz nicht mehr fähig, den Rollstuhl selbst zu bedienen, sie kann aber noch äußern, dass sie gerne in den Park gebracht werden möchte.

Frau C kann zwar den Rollstuhl nicht mehr alleine fahren, aber noch selbst bestimmen, wohin sie möchte. Dies kann dann mit einem Rollstuhl des Heims geschehen. Hier käme es darauf an, wie häufig sie den Rollstuhl benötigt und ob tatsächlich ein eigener Rollstuhl notwendig ist. In einem solchen Fall muss die Krankenversicherung ihn beschaffen.

¹²⁰ Hilfsmittel mit Doppelfunktion, siehe auch Kapitel 2.2.1 zur ärztlichen Verordnung

¹²¹ Seit 01.04.2007 gültige Ergänzung von § 33 Abs. 1 SGB V durch Satz 2: 'Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt.'

Herr T ist demenzkrank und benötigt jetzt einen Multifunktionsrollstuhl. Er kann sich nicht immer klar äußern, dass er beispielsweise in Gemeinschaft gebracht werden möchte, kann aber zuweilen seinen Willen auch ohne Worte kundtun und kann auch seine Stimmung zum Ausdruck bringen. Er wird von Angehörigen regelmäßig abgeholt und ausgefahren.

Auch bei Herrn T hat das Gericht die Krankenversicherung zur Leistung eines Rollstuhls verpflichtet mit dem Argument, dass er seinen Willen noch äußern kann, wenn auch ohne Worte. Das Heim stellt für den Gebrauch außer Haus keine Rollstühle zur Verfügung. Die Angehörigen können ihn nur im eigenen Rollstuhl regelmäßig ausfahren¹²².

Frau U ist nicht mehr in der Lage sich zu äußern, wohin sie möchte. Sie benötigt außerdem einen speziellen Liegerollstuhl, um überhaupt bewegt werden zu können.

Frau U kann nicht mehr selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen. Auch sie muss regelmäßig an die Luft gefahren werden. Der dazu nötige Rollstuhl wird normalerweise vom Heim gestellt. Kann sie aus Sicherheitsgründen nur mit einem besonderen Liegerollstuhl transportiert werden, so ist auch hier die Krankenversicherung leistungs verpflichtet, wenn ein solcher nicht zur üblichen Ausstattung ihres Pflegeheims gehört. Die Krankenversicherung kann dem nicht entgegenhalten¹²³, Frau U würde das nicht wahrnehmen oder nicht mehr den Wunsch dazu äußern.

Zur besseren Abgrenzung der jeweiligen Zuständigkeiten haben die Spitzenverbände der Krankenversicherungen¹²⁴ einen Katalog zur Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern aufgestellt¹²⁵. Dieser wird ständig fortgeschrieben. Er enthält typische Produktarten, die bei der Pflege im Heim benötigt werden.

Abgrenzungskatalog
zur Hilfsmittelversorgung
in Heimen

¹²² LSG NRW Az: 16 KR 204/06 vom 08.03.2007 zum Multifunktionsstuhl für einen Demenzkranken

¹²³ BSG Az: B 3 KR 5/ 03 vom 22.07.2004 zum Lagerungsrollstuhl

¹²⁴ Mit der Pflegeversicherungsreform zum 01.07.2008 nun „Spitzenverband Bund der Krankenversicherungen“

¹²⁵ Vergleiche Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenversicherungen – zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeheimen, jüngste Fassung vom 26. März 2007; Fundstelle siehe Anhang

Klare Abgrenzung bei Hilfsmitteln im Heim

Der Katalog zur Abgrenzung der Zuständigkeiten von Pflegeheim und Krankenversicherung ist entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis¹²⁶ nach Produktgruppen aufgebaut:

Beispiele aus diesem Abgrenzungskatalog zur Veranschaulichung:

Hilfsmittel	Krankenversicherung	Pflegeheim	nach Einzelfall/ Bemerkung
Absauggeräte	X	eventuell wenn spezialisiert	
Anziehhilfen		X	
Ess-Trinkhilfen		X	Möglich
Greifhilfen	X		
Schreibhilfen	X		
Lesehilfen	X		
bewegungssensible Bedienungssensoren für elektrische Geräte		X	sie dienen der Wohnumfeldverbesserung
Applikationshilfen	X	eventuell wenn spezialisiert	
Bandagen	X		

Hilfsmittel, für deren Gestellung je nach Einzelfall sowohl das Heim als auch die Krankenversicherung verantwortlich sind:

Abgrenzung je nach Einzelfall

Hilfsmittel	Krankenversicherung	Pflegeheim	nach Einzelfall/ Bemerkung
Gehgestelle	X	X	Gehören grundsätzlich zur Ausstattung des Heims, wenn nur durch Einzelnen genutzt, dann Krankenversicherung

¹²⁶ siehe Kapitel 1.2

Hilfsmittel	Kranken- versiche- rung	Pflege- heim	nach Einzelfall/ Bemerkung
Gehwagen	X	X	Ebenso
fahrbare Gehhilfen	x	X	Ebenso
Gehübungsgeräte		X	Sie erleichtern die akti- vierende Pflege
Hilfsmittel gegen Dekubitus	x	X	Allgemeine Vorbeugung und Weichlagerung: Heim, da qualifizierte Pflege Dekubital- geschwüre weitestmög- lich verhindern muss; Einsatz durch Arzt ver- ordnet: Krankenversi- cherung, auch wenn Geschwür unmittelbar droht und Nachsorge nötig
Inkontinenzhilfen	x	X	Krankenversicherung, wenn medizinisch indi- ziert (Arzt!) und im Ein- zelfall erforderlich und der Versicherte dadurch Grundbedürfnisse des tägl. Lebens befriedigen kann.
Hilfsmittel zur In- kontinenztherapie	x		Einsatz zur Pflegeer- leichterung: Heim
Adaptivrollstühle	x		Krankenversicherung für Rollstühle, die eine akti- ve oder passive Teilhabe am Gemeinschaftsleben ermöglichen, sofern sie ausschließlich von einem Versicherten benutzt werden.
Rollstühle mit Ein- armantrieb	x		
Elektrollstühle für den Innenraum	x		
Schieberollstühle	x		
Elektrollstühle für Außen und Innen- bereich	x	x	
Rollstühle mit Steh- vorrichtung	x		
Elektrollstühle für den Außenbereich Treppenfahrzeuge	x	x	
Blutdruckmessgerä- te und Blutzucker- messgeräte	X	X	
Lagerungshilfen	X	X	Begründung wie bei Inkontinenzhilfen: Kran- kenversicherung nur, wenn zu therapeuti- schem Zweck eingesetzt

Der Abgrenzungskatalog ist jedoch – vergleichbar dem Hilfsmittelverzeichnis – nur eine Auslegungs- und Orientierungshilfe ohne Gesetzeskraft. Die Gerichte sind bei ihren Entscheidungen hieran nicht gebunden. Daher können Urteile unterschiedlich ausfallen:

Beispiele: Ein spezieller Toilettenrollstuhl, der es einem gehbehinderten Heimbewohner ermöglicht, ohne Hilfe des Pflegepersonals die Toilette aufzusuchen, ist von der Krankenversicherung zu stellen¹²⁷.

Ein elektrisch verstellbares Pflegebett gehört dagegen zur Vorhaltepflcht des Heims, weil es überwiegend der Pflegeererleichterung dient. Zwar dient es auch dem Behinderungsausgleich, weil der Pflegebedürftige mithilfe der Elektronik allein an die Urinflasche gelangen kann, dies war aber nicht vorrangiger Zweck¹²⁸.

Eine elektrische Aufstehhilfe für eine MS-Kranke in einem Pflegeheim hat die Krankenversicherung zu leisten, da die Selbständigkeit der Kranken so gefördert wird¹²⁹.

Durch den Abgrenzungskatalog ist die Zuordnung vieler Hilfsmittel, über deren Leistung vorher je nach Krankenversicherung unterschiedlich entschieden oder gestritten wurde, für die Krankenversicherungen und die Pflegeheime leichter geworden. Dies kommt der oder dem Hilfsmittelbegehrenden durch einheitliche und zügige Hilfsmittelversorgung zugute.

Für die Hilfsmittel mit Doppelfunktion dagegen bietet er lediglich eine grundsätzliche Orientierung, da hier bei jedem Hilfsmittelbedürftigen andere Voraussetzungen vorliegen und es eine Frage der Auslegung bleibt, welcher Zweck beim Einsatz des Hilfsmittels im Vordergrund steht. Gerade bei den Hilfsmitteln, die technisch aufwändig und deshalb kostspielig sind, kann es weiterhin zu langwierigen Auseinandersetzungen mit den Kassen kommen.

TIPP: Es sollten deshalb sorgfältig begründete Anträge zum Einsatzzweck des Hilfsmittels gestellt und nötigenfalls die Anrufung der Gerichte nicht gescheut werden.

¹²⁷ BSG Az: B 3 KR 30/02 vom 28.05.2003

¹²⁸ SG Augsburg Az: S 12 KR 261/02 vom 20.10.2005

¹²⁹ SG Altenburg Az: S 13 KR 56/97 vom 12.01.1999

2.4. Welchen Kostenanteil muss ich für mein Hilfsmittel selbst tragen?

In vollem Umfang selbst finanziert werden müssen inzwischen viele Hilfsmittel, die früher noch zu den gesetzlichen Leistungen gehörten.

z.B.: Brillengestelle, seit 2004 Brillengläser mit einigen Ausnahmen, Zahnersatz seit 2005 mit Ausnahme eines Zuschusses

Selbst zu bezahlen sind die Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen

z.B.: Leibbinden (Ausnahme bei Stomaträgern), Handgelenksriemen

oder mit geringem Abgabepreis¹³⁰.

z.B.: Alkoholtupfer, Augenklappen, Brillenetuis, Urinflaschen, Zehenpolster, Hörgerätebatterien, sterile Einmalhandschuhe (Ausnahme wenn ihr Einsatz zur medizinischen Behandlungspflege gehört)

Eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit¹³¹ zählt abschließend auf, welche Hilfsmittel hierunter fallen.

Das Bundessozialgericht hat Beträge bis zu 76 € jährlich für eine Dauerversorgung mit einem Hilfsmittel bzw. seinem Zubehör als geringfügig eingestuft¹³².

Bei fast allen kostenübernahmefähigen Hilfsmitteln müssen Versicherte zuzahlen. Es gibt verschiedene Arten von Zuzahlungen:

1. die gesetzliche Zuzahlung
2. den Eigenanteil am Hilfsmittel/die wirtschaftliche Zuzahlung

Eigene Finanzierung

Hilfsmittel von geringem therapeutischem Nutzen

Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis

Zuzahlungen

¹³⁰ § 33 Abs. 1 S.1, § 34 Abs. 4 SGB V

¹³¹ Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 13.12.1989, Anlage 11

¹³² BSG Az: 3/1 RK 54/93 vom 08.06.1994; Az: 3/1 RK 57/93 vom 25.10.1994 für Hörgerätebatterien; Anspruch auf die Leistung von Hörgerätebatterien kann sich aus dem Sozialhilferecht als Eingliederungshilfe ergeben, so urteilte zum Beispiel das VG Hannover Az: 9 A 5294/04 vom 3.2.2005

Lediglich die gesetzliche Zuzahlung ist vom Gesetzgeber¹³³ definiert.

Die Begriffe für Eigenanteil und wirtschaftliche Zuzahlung werden dagegen nicht einheitlich gebraucht, teils spricht man zum Beispiel nur von Zuzahlung oder Aufzahlung oder allgemein von Eigenanteil¹³⁴. Wann welche Zuzahlungen anfallen, wird im Folgenden erläutert.

2.4.1 In welcher Höhe muss ich gesetzliche Zuzahlungen leisten?

Bei allen kostenübernahmefähigen Hilfsmitteln muss eine gesetzliche Zuzahlung geleistet werden¹³⁵.

Die gesetzliche Zuzahlungspflicht bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln besteht in Höhe von 10 % des Abgabepreises, mindestens 5 €, höchstens 10 €¹³⁶.

Beispiele: Die Kompressionsstrümpfe kosten 25 €, die Versicherte zahlt davon die Mindestsumme von 5 € hinzu.

Ein Hilfsmittel kostet 75 €, die Zuzahlung beträgt 10 %, also 7.50 €.

Ein Hilfsmittel kostet 110 €, die Zuzahlung beträgt 10 €.

Ein Hilfsmittel kostet unter 5 €, dann zahlt der Versicherte nur den eigentlichen Preis.

Auch bei geliehenen oder gemieteten Hilfsmitteln fällt die gesetzliche Zuzahlung an. Einzelheiten in Kapitel 2.4.5.

Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel muss 10% pro Indikation und Packung des verschriebenen Monatsbedarfs zugezahlt werden, höchstens jedoch 10 € je Monatsbedarf¹³⁷.

Beispiele: Sind bei Inkontinenz als Monatsbedarf zwei Packungen Windeln verordnet, dann beträgt die Zuzahlung 10% des Preises für die zwei Packungen Windeln, höchstens 10 €.

¹³³ §§ 61, 33 Abs. 8 SGB V

¹³⁴ Wir bezeichnen in dieser Broschüre diese Zuzahlungen einheitlich als ‚Eigenanteil‘.

¹³⁵ Nur Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren sind von der Zuzahlungspflicht befreit, § 33 Abs. 8 SGB V

¹³⁶ § 33 Abs. 8 SGB V, § 61 SGB V

¹³⁷ § 33 Abs. 8 S. 3 SGB V, manche gesetzliche Krankenversicherung beschränkt die Zuzahlung auf 10 € monatlich für sämtliche zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel, so z.B. AOK Bayern.

Gesetzliche
Zuzahlung

Nicht zum Verbrauch
bestimmte Hilfsmittel

Zum Verbrauch
bestimmte Hilfsmittel

Für die Ernährungstherapie sind zwei unterschiedliche Produkte nötig; die Zuzahlung beträgt 10% des Gesamtpreises, höchstens 10 €, da beide Produkte zu derselben Indikation gehören.

Sind sowohl der Inkontinenzbedarf als auch der Bedarf an Ernährungshilfsmitteln verordnet, sind 10 % des Gesamtpreises, höchstens 20 € zu zahlen, da zwei Indikationen vorliegen.

Für stationär gepflegte Bewohnerinnen und Bewohner gilt dies nur dann, wenn die Verwendung dieser Hilfsmittel aus medizinischen Gründen geboten ist, die Hilfsmittel ärztlich verordnet und deshalb von der Krankenversicherung geleistet werden¹³⁸.

Werden Pflegehilfsmittel¹³⁹ im normalen Pflegebetrieb des Heims eingesetzt, so werden die Kosten über die mit den Pflegekassen vereinbarten Pflegesätze finanziert, und soweit deren Höchstsätze überschritten werden, den Bewohnerinnen und Bewohnern über das Heimentgelt in Rechnung gestellt.

Ebenso können Investitionsaufwendungen für Hilfsmittel an die Bewohnerinnen und Bewohner weitergegeben werden¹⁴⁰, wenn die Hilfsmittel als Anlagegut zur Verbesserung der Ausstattung anzusehen sind. Das bedeutet, dass letztlich die Bewohnerinnen und Bewohner über den Investitionskostenanteil die Hilfsmittelausstattung mitbezahlen¹⁴¹.

Bei häuslich gepflegten Personen übernimmt die Pflegekasse nur Kosten bis zu 31 € monatlich für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel¹⁴².

Für die Zuzahlungen gibt es eine jährliche Belastungsgrenze¹⁴³. Diese liegt bei 2% des jährlichen Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt¹⁴⁴. Sie betrifft nur die gesetzlichen Zuzahlungen für Krankheitskosten und Hilfsmittel, nicht darüber hinausgehende eventuelle wirtschaftliche Zuzahlungen¹⁴⁵ für die Hilfsmittel.

Pflegehilfsmittel im
Heim

Hilfsmittelausstattung
als Investitions-
kostenanteil

Pflegehilfsmittel in
der häuslichen Pflege

Jährliche Belastungs-
grenze für gesetzliche
Zuzahlungen

¹³⁸ siehe oben Kapitel 2.1

¹³⁹ Zum Begriff Pflegehilfsmittel siehe oben Kapitel 1.1.

¹⁴⁰ Siehe zu diesem Thema auch die BIVA Broschüre: „Was sind Investitionsaufwendungen?“

¹⁴¹ Bei fehlender Leistungsfähigkeit tritt der Sozialhilfeträger ein.

¹⁴² § 40 SGB XI Abs. 2, Wortlaut in Anlage 1

¹⁴³ Beispiel für die Belastungsgrenze siehe in Kapitel 2.4.3

¹⁴⁴ § 62 Abs.1 SGB V

¹⁴⁵ siehe unten Kapitel 2.4.2

Beispiel: Ein Hörgerät kostet 1.500 €; der von der Kasse übernommene Anteil beträgt 700 €. $700 \text{ €} - 10 \text{ € Zuzahlung} = 690 \text{ €}$ zahlt die Krankenversicherung und $800 \text{ €} + 10 \text{ €} = 810 \text{ €}$ zahlt die oder der Versicherte selbst.

Für die Errechnung der jährlichen Belastungsgrenze sind nur die 10 € von Belang.

Belastungsgrenze für chronisch Kranke

Sonderregelungen gelten für chronisch Kranke. Ihnen wird nur die Zuzahlung von 1% ihres jährlichen Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt zugemutet. Dies galt bisher für alle chronisch Kranken.

Zuzahlungsbefreiung auf Antrag

Auch hier wird in Zukunft eingespart: Für jüngere Versicherte¹⁴⁶ gilt das nur noch dann, wenn sie seit 01.01.2008 die von der Krankenversicherung für bestimmte Krankheiten angebotenen Früherkennungsuntersuchungen¹⁴⁷ regelmäßig wahrgenommen haben oder an einem strukturierten Gesundheitsprogramm teilgenommen haben und dennoch an diesen Krankheiten chronisch erkranken.

Wer die Belastungsgrenze erreicht hat, kann einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei der Krankenversicherung stellen.

Zuzahlungen direkt an den Hilfsmittellieferanten/Fachhandel

Die gesetzliche Zuzahlung wird unmittelbar an den Händler geleistet. Den Kassenanteil rechnet der Händler direkt mit der gesetzlichen Versicherung ab. Im Zweifel sollten Sie bei Ihrer Krankenversicherung nachfragen.

Zuzahlungsregelung für Sozialhilfebezieher im Heim

Für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die Sozialhilfe beziehen und nur einen geringen Barbetrag zur freien Verfügung erhalten, bedeuten die gesetzlichen Zuzahlungen zu den ärztlich verordneten Hilfsmitteln eine erhebliche Belastung. Seit 2004 kann der Sozialhilfeträger den jährlichen Zuzahlungsbetrag deshalb gleich zu Jahresanfang an die Krankenversicherung überweisen. Es handelt sich dabei um ein Darlehen an die Bewohnerinnen und Bewohner. Die Rückzahlung erfolgt, indem der monatliche Barbetrag um kleinere Beträge gekürzt wird. Viele Sozialhilfeträger verfahren von sich aus auf diese Weise. Wo das nicht der Fall ist, kann ein entsprechender Antrag gestellt werden.

¹⁴⁶ dies gilt für nach dem 01.04.1972 geborene Personen und bei bestimmten Krebserkrankungen für nach dem 01.04.1987 geborene Frauen und nach dem 01.04.1962 geborene Männer gemäß § 62, 25 Abs.1 SGBV

¹⁴⁷ § 25 SGB V Einzelheiten siehe unter Informationen zur Gesundheitsreform im Anhang

Wer Einkommenssteuer zahlt, kann sämtliche Zuzahlungen für Hilfsmittel einschließlich der Eigenanteile als außergewöhnliche Belastungen steuerlich absetzen.

Steuerliche
Absetzungsfähigkeit

TIPP: Sämtliche Belege für Zuzahlungen sollten gesammelt und bei Erreichung der Zuzahlungsgrenze bei der Krankenversicherung eingereicht werden, um künftig von Zuzahlungen befreit zu werden.

Sämtliche Krankheits- und Hilfsmittelkostenbelege sollten ggf. für die Einkommenssteuer gesammelt und beim Finanzamt eingereicht werden.

TIPP

2.4.2 Welchen Eigenanteil muss ich in der gesetzlichen Krankenversicherung für mein Hilfsmittel übernehmen?

Bei einigen Hilfsmitteln muss neben der gesetzlichen Zuzahlung ein Eigenanteil geleistet werden und bei den meisten Hilfsmitteln eine wirtschaftliche Zuzahlung.

Eigenanteil
wirtschaftliche
Zuzahlung

Wie hoch der Anteil der Krankenversicherung ist und wieviel die Hilfsmittelbedürftigen selbst bezahlen müssen, hängt im Wesentlichen von den folgenden Voraussetzungen ab:

- 1.** Ersetzt das Hilfsmittel gleichzeitig einen Gebrauchsgegenstand?
- 2.** Ist für das Hilfsmittel ein Festbetrag festgelegt worden?
- 3.** Wird das Hilfsmittel exklusiv zum Rabattpreis verkauft?
- 4.** Welchen Preisrahmen hat die Krankenversicherung mit dem Vertragslieferanten vereinbart?
- 5.** Wird das Basismodell oder eine besondere Ausstattung ausgewählt?

Hilfsmittel gleichzeitig
Gebrauchsgegen-
stand

Eigenanteil

Zuschuss zum
Hilfsmittel

Zu 1. Hilfsmittel und Gebrauchsgegenstand in Einem

Für Hilfsmittel, die eine Behinderung ausgleichen, aber gleichzeitig einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ersetzen, ist ein Eigenanteil zu bezahlen.

z.B.: für orthopädische Schuhe, für ein Lese-Sprechgerät mit PC-Funktion¹⁴⁸, für behindertengerechtes Essbesteck

Manche Hilfsmittel dieser Art werden zwar von den Krankenversicherungen nicht übernommen, es kann aber ein Zuschuss gewährt werden.

z.B.: bei einem Schlupfsack für Rollstuhlfahrer; bei Badekleidung für Brustprothesenträgerinnen

Beispiele:

Herr O benötigt ein Lese-Sprechgerät mit PC Funktion. Es kostet 3500 €. Ein durchschnittlicher PC würde 1000 € kosten. Herr O müsste dann 1000 € als Eigenanteil und die gesetzliche Zuzahlung von 10 €, insgesamt also 1010 € selbst zahlen.

Frau C wurde eine Brust entfernt. Sie trägt eine Brustprothese und soll laut ärztlicher Verordnung viel schwimmen. Dafür benötigt sie einen speziellen Badeanzug, der 100 € kostet. Die Kasse bewilligt einen Zuschuss von 50 €. Frau C zahlt dann $100 - 50 = 50$ € sowie die gesetzliche Zuzahlung von 10% des Zuschusses = 5 €, insgesamt 55 € selbst.

Die Höhe des Eigenanteils oder der Zuschüsse ist nicht gesetzlich festgelegt. Es gibt Empfehlungen des Spitzenverbands Bund der Krankenversicherungen¹⁴⁹. Im Einzelfall kann mit der Krankenversicherung auch ein anderer Betrag ausgehandelt werden.

Zu 2. Hilfsmittel zu Festpreisen

Für bestimmte Hilfsmittel werden seit 2004 bundeseinheitliche Festbeträge festgesetzt. Es soll damit eine bundesweit gleiche wirtschaftliche Versorgung zu „festen“ Preisobergrenzen gewährleistet werden. Man spricht von Festpreisen.

Die Festpreise werden jährlich überprüft und in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage angepasst¹⁵⁰.

¹⁴⁸ BSG Az: 3 RK 7 /95 vom 28.09.1976 für orthopädische Schuhe;

BSG Az: 3 RK 7/95 vom 02.08.1995 für Lese-Sprechgerät-PC

¹⁴⁹ Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenversicherungen für die Höhe des vom Versicherten zu zahlenden Eigenanteils bzw. des von den Krankenversicherungen zu zahlenden Zuschusses bei der Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln, Fassung vom 29.04.2003, siehe Anlageverzeichnis Nr.12

¹⁵⁰ § 36 Abs. 3 in Verbindung mit § 35 Abs. V SGBV, Wortlaut siehe Anlage 1

Bundeseinheitliche
Festpreise

Festpreise bestehen zurzeit für folgende Hilfsmittel¹⁵¹:

- Seh- und Hörhilfen,
- Inkontinenz- und Stomaartikel,
- Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (Stützstrümpfe),
- Orthopädische Einlagen.

Die Krankenversicherungen bezahlen für diese Hilfsmittel in aller Regel nur die entsprechend festgelegten Festpreise.

Der Fachhandel ist beim Verkauf von Hilfsmitteln zu Festpreisen verpflichtet, den Hilfsmittelbedürftigen ein Angebot ohne wirtschaftliche Zuzahlung zu machen.

Trotzdem können die Verkaufspreise einiger Hersteller an die Versicherten höher als die mit den Krankenversicherungen vereinbarten Festbeträge liegen. Das ist der Fall, wenn andere Modelle als das Basismodell oder Hilfsmittel von höherer Ausstattungsqualität angeboten werden.

Die Preisgestaltung des Fachhandels sollte so transparent sein, dass man als Kunde erkennen kann, wofür eine Zuzahlung erfolgt:¹⁵²

z.B. für die Differenz zwischen dem Festpreis und dem Verkaufspreis oder für eine Differenz wegen besonderer Ausstattung in Farbe oder Material.

Wünscht die oder der Versicherte ein höherwertiges Produkt als das Basismodell, muss die Preisdifferenz aus eigener Tasche gezahlt werden.

Beispiel: Sie benötigen Stützstrümpfe. Das Sanitätshaus bietet Ihnen Produkte verschiedener Hersteller an. Der Verkaufspreis liegt bei Produkt A und B höher als der Festbetrag, an dem sich Produkt C orientiert. Sie können sich auch für Produkt A oder B entscheiden, die Kasse zahlt jedoch nur den Festbetrag gemäß Produkt C. Die Differenz müssen Sie selbst zahlen zuzüglich die gesetzliche Zuzahlung von höchstens 10 €. Bei Produkt C müssten Sie nur die gesetzliche Zuzahlung selbst tragen.

Hilfsmittel zu Festpreisen ohne Zuzahlung

Hilfsmittel zum Festpreis mit Zuzahlung

¹⁵¹ Fundstelle für die Festbetragstabelle für Hilfsmittel siehe Anlageverzeichnis Nr. 13

¹⁵² siehe oben in Kapitel 1.3. zur Informationspflicht

In Ausnahmefällen müssen Krankenversicherungen auch Hilfsmittel leisten, deren Preis über dem Festpreis liegt. Das ist dann der Fall, wenn nur durch den Einsatz des teureren Hilfsmittels ein Behinderungsausgleich erreicht werden kann und dies im Einzelfall begründet ist¹⁵³.

Zur Zeit sind insbesondere die Festbeträge für Hörgeräte Gegenstand von Rechtsstreitigkeiten. Sie werden von einigen Gerichten als unzureichend für eine ausreichende qualitative Versorgung angesehen¹⁵⁴.

Zu 3. Hilfsmittel zu Rabattpreisen

Es wurde bereits erläutert¹⁵⁵, dass für bestimmte Hilfsmittel Exklusivverträge zwischen den Krankenversicherungen und Hilfsmittelherstellern abgeschlossen werden können, in denen besonders günstige Rabattpreise vereinbart werden.

Alle Hilfsmittel, die sich aufgrund ihrer Massenproduktion und Verwendung hierfür eignen, sollen zukünftig nur noch von dem durch Ihre Krankenversicherung ausgewählten Hilfsmittellieferanten zum vereinbarten Rabattpreis abgegeben werden.

Für Inkontinenzartikel (Windeln) gibt es bereits Rabattpreise.

Für Hilfsmittel zu Rabattpreisen müssen außer der gesetzlichen Zuzahlung keine weiteren Zuzahlungen geleistet werden.

Allerdings sind die gesetzlich Versicherten verpflichtet, das angebotene Produkt zu akzeptieren und sich allein bei dem Vertragslieferanten ihrer Krankenversicherung zu versorgen. Bis zum Ablauf der Übergangsfrist zum 31.12.2009, können Hilfsmittel jedoch auch dann noch von den bisher zugelassenen Hilfsmittellieferanten zu anderen Qualitäten und Preisen bezogen werden, wenn die Krankenversicherung bereits einen Rabattpreis mit einem bestimmten Lieferanten vereinbart hat. Dies wurde inzwischen gerichtlich bestätigt¹⁵⁷.

¹⁵³ SG Lübeck Az: S 3 KR 201/05 vom 01.06.2006. Das Gericht verurteilte die Krankenversicherung zur Leistung eines besonderen Hörgeräts, weil das Hörgerät zum Festpreis für die Bedürfnisse nicht ausreichend war (die Hörgeschädigte war ein Kind) siehe auch LSG Niedersachsen Az: S 4 KR 147/03 vom 15.06.2005 und SG Dresden Az: S 18 KR 210/02 vom 02.06.2005 für einen erwachsenen Hörgeschädigten

¹⁵⁴ SG Neubrandenburg Az: S 4 RA 114/03 vom 10.06.08; SG Neubrandenburg Az: S 4 KR /07 vom 10.06.08, nicht rechtskräftig. Diese Frage wird in Kürze vom Bundessozialgericht entschieden zum Az: B 3 KR 20/08.

¹⁵⁵ siehe Kapitel 2.2.4

¹⁵⁶ siehe hierzu ausführlich Kapitel 2.2.4

¹⁵⁷ LSG Berlin-Brandenburg Az: L 1 B 41/08 KR ER vom 08.02.2008

Der Kassenanteil kann sich in diesen Fällen allerdings auf den Rabattpreis beschränken¹⁵⁸ mit der Folge, dass schon vor Ablauf der Übergangsfrist für eine Versorgung mit dem Hilfsmittel nach eigener Wahl erheblich zugezahlt werden muss. Es bleibt abzuwarten, ob dieses Vorgehen während der Übergangsfrist von den Gerichten als zulässig angesehen wird.

Wenn Sie nach Ablauf der Übergangsfrist den Rabattartikel aus berechtigten Gründen – beispielsweise weil das Fabrikat Ihren individuellen Bedürfnissen nicht entspricht - nicht beziehen wollen, sondern ein anderes Fabrikat wünschen, müssen Sie die Differenz zwischen dem Abgabepreis und dem Rabattpreis selbst tragen. Gibt es keine berechtigten Gründe für Ihren Wunsch, müssen Sie sogar die gesamten Kosten selbst tragen¹⁵⁹.

Nach der Neufassung des Gesetzes¹⁶⁰ ist es fraglich, ob die Krankenversicherung in Einzelfällen verpflichtet werden kann, ein höherwertiges Hilfsmittel zu finanzieren, wenn das Produkt zum Rabattpreis die Behinderung nicht ausreichend ausgleicht. Die Gerichte werden zu diesen Fragen sicherlich angerufen werden.

Beispiel: Frau D wird zu Hause gepflegt und ist inkontinent. Seit Jahren kauft sie die Inkontinenzprodukte in ihrer Apotheke. Ihre Krankenversicherung hat einen Exklusivvertrag mit einer Firma für Inkontinenzprodukte geschlossen. Der darin vereinbarte Preis liegt 20 % unter dem Abgabepreis der Apotheke. Frau D will sich nicht auf ein anderes Produkt umstellen und versorgt sich weiterhin in ihrer Apotheke. Kann die Krankenkasse die Leistung verweigern?

Bis zum 31.12.2009 kann sich Frau D in ihrer Apotheke mit dem gewohnten Produkt versorgen. Den Mehrpreis von 20% wird sie allerdings zahlen müssen.

Frau D muss sparen und erfährt, dass die Vertragsfirma ihrer Krankenversicherung ihr die günstigeren Inkontinenzprodukte sogar direkt ins Haus liefert. Sie probiert die Produkte aus und stellt fest, dass sie weniger saugfähig sind als ihr gewohntes Produkt. Sie benötigt also mehr Vorlagen als früher. Außerdem reagiert Frau D's Haut allergisch. Kann sie sich wieder mit dem früheren Produkt versorgen?

¹⁵⁸ §§ 33 Abs.6 Satz 3; 126 Abs. 2 SGB V, Wortlaut Anlage 1

¹⁵⁹ § 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V, Wortlaut Anlage 1

¹⁶⁰ In § 33 Abs.6 Satz 3 SGB V heißt es: „...dadurch entstehende Mehrkosten haben sie (Anm: die Versicherten) selbst zu tragen“

Bis zum 31.12.2009 kann sie dies ohne weiteres tun, allerdings muss sie dann die 20 % zuzahlen. Nach diesem Zeitpunkt muss sie erst ihrer Krankenversicherung darlegen, warum sie wegen der schlechten Produktqualität oder ihrer Allergie ein berechtigtes Interesse daran hat, ein anderes Produkt zu verwenden. Hierzu benötigt sie unter Umständen auch noch eine ärztliche Bescheinigung. Auch in diesem Fall muss sie die Mehrkosten für das verträgliche Produkt selbst zahlen.

Das Beispiel macht deutlich, welche finanziellen und bürokratischen Veränderungen die Umstellung der Versorgungsstrukturen mit sich bringt. Erst die Praxis wird zeigen, welche Erfahrungen die Krankenkassen und die Versicherten mit den Rabattverträgen machen und wo die Gerichte oder der Gesetzgeber korrigierend eingreifen müssen.

Zu 4. Die Höhe der Zuzahlung bestimmt sich nach dem vereinbarten Preisrahmen.

Rahmenvereinbarungen mit Hilfsmittellieferanten

Für die übrigen Hilfsmittel, für die keine Rabattverträge geschlossen werden, schließen die Krankenversicherungen mit den Hilfsmittellieferanten Rahmenvereinbarungen ab. Als Hilfsmittelbedürftige suchen Sie sich dann zum Beispiel einen Rollstuhl bei einem der Vertragshändler aus. Die Krankenversicherung hat entweder Versorgungspauschalen für das Hilfsmittel vereinbart oder sie entscheidet nach Prüfung des Kostenvorschlags, in welchem Rahmen sie leistet. Was über diesen Rahmen hinausgeht, müssen Sie zuzahlen.

Höhere Zuzahlung bei Nichtvertrags-hilfsmittellieferanten

Ist der von Ihnen ausgewählte Hilfsmittellieferant kein Vertragspartner der Krankenversicherung, muss diese allerdings nur den niedrigsten Preisanteil leisten, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Hilfsmittellieferanten vereinbart wurde¹⁶¹.

Beispiel: Frau P bezieht ihre Kompressionsstrümpfe seit Jahren in einem Sanitätshaus in Grünstadt. Bisher hatte die Krankenversicherung die Leistung übernommen. Nun hält sie ihr entgegen, dass das Sanitätshaus nicht Vertragspartner der Kasse sei und sie inzwischen mit einigen Lieferanten im Umkreis geringere Preise für vergleichbare Kompressionsstrümpfe vereinbart habe. Der niedrigste Preis liege um 40 % unter dem, den Frau P bezahle.

Frau P muss 40% des Preises ihres Hilfsmittels selbst zahlen zuzüglich der 10% der gesetzlichen Zuzahlung, wenn sie sich weiter bei ihrem gewohnten Fachhandel versorgen will.

¹⁶¹ § 33 Abs. 7 Satz 2 SGB V, Wortlaut Anlage 1

Zu 5. Zuzahlung bei besonderer Ausstattung

Eine besondere Ausstattung, Farbe, Qualität, alles was über das Maß des Üblichen und Notwendigen hinausgeht, muss die oder der Hilfsmittelbedürftige selbst tragen¹⁶².

Beispiele: Frau P benötigt auch ein Hörgerät. Sie wählt ein Modell mit einer Verzierung durch eingelegte Schmucksteine aus. Den Aufpreis für die Verzierung muss Frau P selbst bezahlen.

Herr V benötigt einen Rollstuhl und wählt wegen der einfacheren Transportmöglichkeit eine Leichtmetallvariante des von der Krankenversicherung geleisteten Basismodells aus. Die Preisdifferenz zum Basismodell muss Herr V selbst finanzieren.

Herr G ist erblindet und möchte ein besonderes sprechendes Lesegerät haben, welches noch nicht auf dem deutschen Markt vertrieben wird und bisher nur im Ausland zu erwerben ist. Ein Vertrag zwischen seiner Versicherung und dem ausländischen Hersteller besteht nicht. Die Krankenversicherung wird einen solchen Vertrag ablehnen und Herrn G auf hier übliche Geräte verweisen. Besteht Herr G dennoch auf seinem Wunsch, so muss er das Gerät selbst beschaffen und bezahlen.

Wer sich eine besondere Ausstattung oder Qualität aussucht und deshalb eine höhere wirtschaftliche Zuzahlung leistet, muss unter Umständen auch bei Reparaturen und Wartung mit einer entsprechenden Eigenbeteiligung rechnen¹⁶³.

Beispiel: Sie haben sich für einen Elektrorollstuhl entschieden und diesen mit einigen technischen Extras ausstatten lassen, für die Sie selbst bezahlt haben. Muss der Rollstuhl repariert werden, so kann Ihnen je nach Defekt ein Anteil der Kosten hierfür auferlegt werden, während normalerweise keine Zuzahlungen für die Reparatur eines Hilfsmittels geleistet werden müssen.¹⁶⁴

Zuzahlung bei besonderer Ausstattung

Zuzahlung bei Reparatur

¹⁶² § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V, Wortlaut Anlage 1,

¹⁶³ § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V, Wortlaut Anlage 1

¹⁶⁴ Einzelheiten zu den Reparaturen siehe Kapitel 2.4.5

Zusammenfassung der Zuzahlungen:

- Eine gesetzliche Zuzahlung müssen Sie immer im Rahmen der jährlichen Belastungsgrenzen für alle Hilfsmittel zahlen.
Die Höhe liegt bei 10 % des Preises pro Hilfsmittel, mindestens 5 €, höchstens 10 €; bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt sie 10 % des Preises pro Indikation und Packung des verschriebenen Monatsbedarfs, höchstens 10 € je Monatsbedarf. Die jährliche Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt, für chronisch Kranke bei 1 %.
- Hilfsmittel, für die Rabattpreise oder Festpreise vereinbart sind, können Sie ohne weitere Zuzahlung erhalten.
- Liegen die Rabattpreise allerdings unter den Festpreisen, können Sie nur das Hilfsmittel zum Rabattpreis ohne weitere Zuzahlung erhalten.
- Für alle übrigen Hilfsmittel müssen Sie Zuzahlungen leisten. Die Höhe hängt von dem zwischen den Krankenversicherungen und Hilfsmittellieferanten für die jeweiligen Hilfsmittel vereinbarten Preisrahmen ab.
- Höhere Zuzahlungen fallen in der Regel dann an, wenn Sie Ihr Hilfsmittel von einem Fachhändler beziehen wollen, der nicht Vertragslieferant der Krankenversicherung ist.
- Jede über das wirtschaftlich Notwendige hinausgehende Ausstattung und deren Folgekosten müssen Sie selbst tragen.

TIPP

TIPP: Wer ein Hilfsmittel benötigt, sollte vor dem Kauf bei seiner Krankenversicherung anfragen, welcher Anbieter zum Festpreis oder Rabattpreis liefert und welche Vertragslieferanten die Krankenversicherung hat. Diese Informationen sind auch über das Internet zu erhalten.

Aus den Zuzahlungsregelungen und der in Kapitel 2.2.4 erläuterten gesetzlichen Umstrukturierung des Versorgungsmarktes wird deutlich, dass selbst dort, wo die Wahlfreiheit grundsätzlich noch besteht, ihre Ausübung wirtschaftlich für den Hilfsmittelbedürftigen immer teurer wird.

2.4.3 Welchen Kostenanteil übernimmt die private Krankenversicherung und erstattet die Beihilfestelle?

Bei den privaten Krankenversicherungen richtet sich die Höhe der Versicherungsleistung für Hilfsmittel nach dem jeweils vertraglich vereinbarten Versicherungstarif. In der Regel ist eine prozentuale Erstattung festgelegt.

Bei bestimmten Hilfsmitteln können zusätzlich Höchstbeträge vereinbart sein oder die Erstattung eines festgelegten Kostenanteils. Auch Einschränkungen wie „Hilfsmittel in einfacher Ausführung“¹⁶⁵ sind möglich.

Beispiel: Frau M benötigt Hörgeräte für beide Ohren. Jedes Gerät kostet 2.000 €. Ihre Versicherung zahlt 75 % bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 1.500 € pro Gerät.

Dann erhält sie 75 % von 2.000 € = 1.500 € pro Gerät erstattet und muss jeweils 700 € pro Gerät selbst zahlen, also insgesamt 1.400 €.

Wählt sie ein teureres Gerät von zum Beispiel 2.500 €, so erhöht sich ihr eigener Anteil wegen des genannten Maximalbetrags von 1.500 € auf 1.000 € pro Gerät.

Ferner kann der jährliche Erstattungsbetrag für ein Hilfsmittel begrenzt sein oder die Leistung für Hilfsmittel nur einmal während eines längeren Zeitraums gewährt werden.

z.B.: bis zu 150 € pro Kalenderjahr für orthopädische Schuhe;
bis zu 70 € für Brillen innerhalb von 36 Monaten

Auch die privaten Versicherungen arbeiten mit Hilfsmittelvertreibern zusammen. In solchen Fällen können die Versicherten das Hilfsmittel günstiger erhalten. Es empfiehlt sich deshalb, vor der Beschaffung bei der Versicherung nachzufragen.

Erstattungshöhe
je nach
Versicherungstarif

¹⁶⁵ z.B. Gothaer Versicherung: Krankheitskosten-Tarif Medi-Start 1, A Tarifleistungen, Nr. 4

Höhe der Beihilfe

Die Höhe der Beihilfeleistung richtet sich nach dem Beihilfesystem des Dienstherrn (Bund oder Land)¹⁶⁶ sowie nach dem Familienstand der oder des Beihilfeberechtigten. Bei Pensionären und deren Ehepartnern beträgt die Quote 70 %.

Für Hilfsmittel gelten teilweise Höchstbeträge. Im Übrigen müssen beihilfeberechtigte Personen wie die gesetzlich Versicherten seit 01.01.2004 einen ‚Eigenbehalt‘¹⁶⁷ (Zuzahlung) leisten, der bei 10 % der Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 € liegt¹⁶⁸.

Pensionäre, deren Versorgungsbezüge das Mindestruhegehalt nur geringfügig überschreiten, sind von dieser Regelung ausgenommen¹⁶⁹.

Belastungsgrenze für Beihilfeberechtigte

Belastungsgrenzen für den Eigenbehalt sind wie in der gesetzlichen Krankenversicherung 2 % des Bruttoeinkommens pro Jahr und 1 % bei chronisch Kranken¹⁷⁰. Wenn diese Grenze erreicht ist, übernimmt die Beihilfestelle auf Antrag die im laufenden Jahr noch entstehenden Kosten ohne Abzug.

Beispiel: Herr T ist pensionierter Beamter. Seine Versorgungsbezüge belaufen sich auf 30.000 € jährlich. Für Arztbesuche, Medikamente und Hilfsmittel musste er bis September 2008 bereits 700 € an Eigenbehalt zahlen.

Seine Belastungsgrenze liegt bei 600 € (2% von 30.000 €). Auf Antrag erhält er 100 € zurückerstattet und muss im Jahre 2008 keine weiteren Eigenbehalte befürchten.

Festpreise für Beihilfeberechtigte

Auch beihilfeberechtigte Personen können Hilfsmittel zum Festpreis beziehen, sofern ihre Beihilfefestsetzungsstellen diesbezügliche Vereinbarungen mit den Hilfsmittellieferanten und dem Fachhandel geschlossen haben¹⁷¹. Die beihilfefähigen Aufwendungen werden dann auf die vereinbarten Kostensätze reduziert.

Unterhaltungskosten

Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte oberhalb eines bestimmten Jahresbetrages (bei Bundesbeamten 100 €) sind beihilfefähig.

Reparaturkosten

Reparaturkosten sind auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.

¹⁶⁶ siehe Fußnote 59

¹⁶⁷ § 12 Eigenbehalte, Belastungsgrenzen nach den Beihilfevorschriften- BhV des Bundes vom 01.01.2005, siehe Anlage 6

¹⁶⁸ vergleiche die Zuzahlungen und Belastungsgrenzen für gesetzlich Krankenversicherte, siehe Kapitel 2.4.1

¹⁶⁹ Zu der Grenze des Ruhegehalts § 12 Abs 1 Nr. 2 b BhV

¹⁷⁰ siehe Fußnote 158

¹⁷¹ § 15 Abs. 3 BhV

Die obigen Erläuterungen beziehen sich auf die Beihilfe für Bundesbeamte.

Bei Landesbeamten muss wegen der unterschiedlichen Regelungen bei der jeweiligen Beihilfestelle nachgefragt werden.

Wie gesetzlich Versicherte können auch Beihilfeberechtigte sämtliche Zuzahlungen für Hilfsmittel einschließlich der Eigenanteile als außergewöhnliche Belastungen steuerlich geltend machen.

2.4.4 Können Hilfsmittel auch ausgeliehen oder gemietet werden?

Die preisgünstigste Art, ein hochwertiges technisches Hilfsmittel zu erhalten, ist die Leihe. Für eine Leihe eignen sich Hilfsmittel, die nicht auf Dauer verwendet werden.

Beispiele: Krücken nach einem Beinbruch, Lesegerät für die Dauer der Leseschwäche oder bis zum Lebensende, Dekubitusmatratze, Rollstuhl, Gehhilfen etc.

Die Krankenversicherungen sind gehalten, geeignete Hilfsmittel leihweise zu überlassen¹⁷². Ob und wie weit die Kassen das benötigte Hilfsmittel auch leihweise zur Verfügung stellen, sollte vorab bei der jeweiligen Krankenversicherung erfragt werden. Fachhändler müssen ihre Kunden auf die Möglichkeit der Ausleihe hinweisen.

Die Krankenversicherung schließt mit der oder dem Hilfsmittelbedürftigen selbst und/oder mit dem Hersteller einen Vertrag ab, in dem neben der Gebrauchsüberlassung auch die Wartung des Hilfsmittels, die Rückgabe und Haftungsfragen für den Fall von Beschädigungen oder Verlust geregelt werden.

Für leih- oder mietweise¹⁷³ zur Verfügung gestellte Hilfsmittel muss ebenfalls die gesetzliche Zuzahlung geleistet werden.

Beispiel: das Lesegerät, der Rollstuhl, die Krücken werden den Versicherten in der Regel ausgeliehen; es fallen für die gesamte Leihdauer höchstens 10 € Zuzahlung pro Hilfsmittel an.

Keine einheitlichen
Beihilfevorschriften

Steuerliche Abset-
zungsfähigkeit

Leihe
Miete

Gesetzliche Zuzah-
lung für geliehene
Hilfsmittel

¹⁷² § 33 Abs. 5 SGB V, Wortlaut Anlage 1.

¹⁷³ Leihe ist eine unentgeltliche Gebrauchsüberlassung; Miete bedeutet eine Gebrauchsüberlassung gegen Bezahlung.

Leihe bei privat
Krankenversicherten

Bei Kassenwechsel oder Versterben der oder des Versicherten muss das Hilfsmittel zurückgegeben werden. Es kann allerdings auch ein wertmäßiger Geldausgleich in Betracht kommen, wenn man das Hilfsmittel behalten möchte. Dies ist mit der Krankenversicherung zu vereinbaren.

Mietkosten

Auch private Krankenversicherungen haben entsprechende Verträge mit Sanitätshäusern oder Hilfsmittelversorgern und verleihen oder vermieten Hilfsmittel. Privat Versicherten entstehen in diesen Fällen meist keine oder nur geringe Zuzahlungskosten von 10%.

Sofern Hilfsmittel gemietet werden, sind die Mietkosten beihilfefähig, wenn sie geringer als die Anschaffungskosten sind und sich der Kauf des Geräts dadurch erübrigt.

Anspruch auf Kostenübernahme für
Änderung, Reparatur,
Ersatzbeschaffung

2.4.5 Entstehen mir Kosten für die Änderung, Reparatur, Ersatzbeschaffung, Anpassung und die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels?

An Hilfsmitteln, die im regelmäßigen Gebrauch sind, können Beschädigungen entstehen, die Reparaturen erforderlich machen. Auch kann sich der Gesundheitszustand im Laufe der Zeit verändert haben, sodass das Hilfsmittel den geänderten Anforderungen anzupassen ist. Es kann passieren, dass ein Hilfsmittel verloren geht. Für diese Fälle stellt sich die Frage, ob von der Krankenversicherung Anpassungsleistungen, Reparaturen oder bei Verlust die Neubeschaffung des Hilfsmittels verlangt werden können.

Die rechtliche Grundlage hierfür findet sich in § 33 Abs. 1, S.4 SGB V, der besagt:

„Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch...“

Beispiele: Der Hilfsmittelbedürftige hat weitere Lähmungserscheinungen, sein individuell angepasster Rollstuhl muss erneut angepasst werden.

Der Rollstuhl ist defekt und muss repariert werden.

Der Schwerhörigkeitsgrad hat zugenommen, ein leistungstärkeres Hörgerät ist notwendig.

Das Hörgerät wurde gestohlen oder ging verloren.

Die Anpassung der Beinprothese und die Benutzung bedürfen mehrerer fachlicher Unterweisungen.

Die Kosten für diese Leistungen trägt die Krankenversicherung.

Ferner haben die Versicherten einen Anspruch auf Wartung und technische Kontrolle¹⁷⁴.

Der Umfang der Wartungsmaßnahmen richtet sich nach dem jeweiligen Stand der Technik. Der Maßstab ist der Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken.

Beispiel: Das Beatmungsgerät muss regelmäßig kontrolliert und technisch gewartet werden.

Eine Anpassung des Hilfsmittels an die individuellen Bedürfnisse und die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels kann Voraussetzung für seine Bewilligung sein¹⁷⁵. Das bedeutet, dass die oder der Hilfsmittelbedürftige unter Umständen die technische Handhabung von Geräten selbst erlernen muss.

Beispiel: Die Einweisung in den richtigen Umgang mit dem Elektrorollstuhl oder mit dem Blindenhund.

Für all diese Maßnahmen mit Ausnahme der Ersatzbeschaffung ist keine gesonderte ärztliche Verordnung notwendig. Es fällt auch keine gesetzliche Zuzahlung an.

Wird das Gerät dagegen beispielsweise wegen Verlusts oder Diebstahls ersetzt, so fällt auch die gesetzliche Zuzahlung an. Sollte das Hilfsmittel anlässlich der Reparatur mit einer notwendigen Zurüstung versehen werden, muss für die Zurüstung die gesetzliche Zuzahlung geleistet werden.

Anteilige Reparaturkosten kommen für Hilfsmittel in Betracht, wenn wegen einer Wunschausstattung bereits eine wirtschaftliche Zuzahlung geleistet wurde.

Erst wenn eine Reparatur oder eine Anpassung und gegebenenfalls eine Erweiterung des Hilfsmittels nicht möglich oder unwirtschaftlich ist, kann ein neues Hilfsmittel beansprucht werden.

Außerdem ist eine Neubeschaffung möglich:

- bei (erheblicher) Verschlechterung der Behinderung,
- bei Funktionsuntauglichkeit des Gerätes,
- nach Ablauf bestimmter Fristen zum Beispiel nach sechs Jahren bei Hörgeräten,
- bei Verlust und Diebstahl,
- bei Neuentwicklungen, die medizinisch individuell notwendig und im Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen sind.

Anspruch auf
Wartung und
technische Kontrolle

Anspruch auf Anpassung und
Ausbildung im Gebrauch

Keine Zuzahlungen

Zuzahlungen bei
Ersatzbeschaffung,
Zurüstung oder Wunschausstattung

Neubeschaffung

¹⁷⁴ § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB V, Wortlaut Anlage 1

¹⁷⁵ § 33 Abs. 5 SGB V, Wortlaut Anlage 1

Hilfsmittelrichtlinie

Einzelheiten über die Voraussetzungen für Ersatzbeschaffungen regelt die Hilfsmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)¹⁷⁶.

Die Ersatzbeschaffung erfolgt nicht automatisch. Vielmehr muss die Krankenversicherung erneut prüfen, ob das zu ersetzende Hilfsmittel für die Betroffene oder den Betroffenen erforderlich ist¹⁷⁷. Diese Prüfung entfällt, wenn eine Dauerbehinderung besteht.

z.B. die Notwendigkeit einer Prothese wegen Beinverlusts

Teilnahme am technischen Fortschritt

Versicherte haben grundsätzlich Anspruch darauf, am technischen Fortschritt teilzunehmen. Allerdings sollten neue Geräte zunächst im Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen sein¹⁷⁸. Dies gilt auch für Erweiterungen bisheriger Modelle. Ferner muss der therapeutische Nutzen besonders begründet sein.

Beispiel: Sie hören von einem neuen Gerät, das technisch weiter entwickelt ist und nach Ihrer Meinung Ihren Bedürfnissen besser gerecht wird. Können Sie es beanspruchen?

Neuanschaffung bei Gebrauchsvorteil

Ist das bisherige Hilfsmittel noch funktionstauglich, kann ein neues Hilfsmittel nur beansprucht werden, wenn dieses deutliche Gebrauchsvorteile bei der Erfüllung eines Grundbedürfnisses und im Alltagsleben konkret bietet und diese Vorteile von Ihnen auch tatsächlich genutzt werden.

Privat Versicherte und Beihilfeberechtigte

Für privat krankenversicherte und beihilfeberechtigte Personen gelten entsprechende Regelungen nach den Versicherungsverträgen und in den Beihilfeverordnungen.

¹⁷⁶ § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Hilfsmittelrichtlinie, Fundstelle siehe Anlagenverzeichnis

¹⁷⁷ BSG Az: B 3 RK 12/05 vom 24.05.2006

¹⁷⁸ Das erleichtert die Bewilligung, ist aber nicht zwingend. Das BSG hat mehrfach neu entwickelte Hilfsmittel zugesprochen, die noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen waren; Beispiele in Fußnote 56

2.5. Häufige Fragen und Einzelfälle aus der Rechtsprechung

Thema	Fragen	Antworten
neue Hilfsmittel	Wie kann ich mich über neu in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommene Hilfsmittel informieren?	Wer sich über neu zugelassene Hilfsmittel informieren will, kann diese im Internet abrufen ¹⁷⁹ .
bundesweit einheitliche Hilfsmittelversorgung	Gibt es bei den gesetzlichen Krankenversicherungen je nach Bundesland Unterschiede in der Qualität der Hilfsmittel oder deren Ausstattung?	Nein. Das Hilfsmittelverzeichnis gilt bundesweit. Seit der letzten Gesetzesreform legen die Krankenversicherungen bundeseinheitlich durch Verträge mit den Hilfsmittelherstellern fest, welche Hilfsmittel die Versicherten erhalten ¹⁸⁰ .
Rollstuhl für den Urlaub	Ich lebe im Heim und benutze einen heimeigenen Rollstuhl. Nun möchte ich drei Wochen in Urlaub fahren. Das Heim will mir dafür den Rollstuhl nicht zur Verfügung stellen. Kann ich einen Rollstuhl von der Krankenversicherung verlangen?	Ja. Das Heim ist nur für die Ausstattung im Heimbereich zuständig, wozu auch eine Reise oder ein Ausflug gehören kann, die vom Heim organisiert werden ¹⁸¹ . Will eine Bewohnerin dagegen privat verreisen, benötigt sie den Rollstuhl allein für sich. Da der Rollstuhl zum Behindertenausgleich notwendig ist, muss die Krankenversicherung ihn stellen. Zwar muss die Krankenversicherung Hilfsmittel, die nur eine Freizeitbeschäftigung ermöglichen, nicht leisten. Freizeitbeschäftigung wird bei Erwachsenen nicht als Grundbedürfnis angesehen. Wenn Sie ständig auf einen Rollstuhl angewiesen sind, haben Sie allgemein einen Anspruch gegen die Krankenversicherung. Außerdem dürfte eine Erholungsreise zum Grundbedürfnis eines jeden Menschen gehören.

Neue Hilfsmittel

Bundesweit einheitliche Hilfsmittelversorgung

Rollstuhl für den Urlaub

¹⁷⁹ Informationsquelle über die Fortschreibungen und Änderungen im Hilfsmittelverzeichnis siehe Anhang.

¹⁸⁰ § 127 SGB V.

¹⁸¹ SG Braunschweig Az: S 6 KR 28/06

GPS - gestütztes
Navigationssystem
für Blinde und Seh-
behinderte

Fahrtkostenerstat-
tung

Schutzserviette als
Pflegehilfsmittel

Thema	Fragen	Antworten
GPS - ge- stütztes Navigati- onssys- tem für Blinde und Seh- behinder- te	Kann ich als schwer Sehbehinderte die Leistung eines GPS-gestützten Navigationssystems von meiner Krankenversicherung verlangen? Es würde mir ermöglichen, mich über den Nahbereich meiner Wohnung hinaus allein zu orientieren	Nein. Das Bundessozialgericht hat einen Anspruch verneint mit der Begründung, dass ein solches Hilfsmittel nicht erforderlich sei, wenn die vorhandenen Hilfsmittel die Mobilität im Nahbereich der Wohnung bereits ermöglichen. Die Krankenversicherung schulde keinen Behinderungsausgleich zur Erweiterung des Aktionsradius eines Versicherten. ¹⁸²
Fahrtkos- tenerstat- tung	Ich muss zur Anpassung der Beinprothese ins Sanitäts- haus gefahren werden, es entstehen Fahrtkosten. Kann ich eine Erstattung verlangen?	Nein, das Gesetz sieht keine Erstattung für Fahrten zur Hilfsmittelanpassung vor. Sie müssen diese Kosten selbst tragen. Ausnahmen gibt es nur dann, wenn ein Krankentransport aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist und zum Beispiel eine besondere fachliche Betreuung oder eine besondere Einrichtung des Fahrzeugs benötigt wird ¹⁸³ . Die Krankenversicherung muss dies vorher genehmigen.
Schutz- serviette als Pflege- hilfsmittel	Ich lebe zu Hause und bin schwer pflegebedürftig. Meine Kleidung verschmutzt ständig, weil mein Speichelfluss nicht zu kontrollieren ist. Die Pfleger benutzen nun besonders geformte und ausgerüstete Schutzservietten zum Schutz der Kleidung. Die Pflegekasse will sie nicht als Pflegehilfsmittel anerkennen, weil sie nicht im	Nein. Die Schutzservietten wurden besonders für die Zwecke behinderter Menschen entwickelt und sind deshalb keine üblicherweise benutzten Gebrauchsgegenstände. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend. Die Verwendung der Servietten erleichtert die Pflege und ist auch wirtschaftlich, da Pflegeaufwand und Kosten durch ständigen Wäsche- wechsel reduziert werden ¹⁸⁴ .

¹⁸² BSG Az: B 3 KR 4/08 R vom 26.06.2009

¹⁸³ § 60 SGB V

¹⁸⁴ BSG Az: B 3 P 9/06 vom 15.11.2007, Anspruch aus § 40 SGB XI; auf Heimbewohner ist dies nicht ohne Weiteres zu übertragen, da es auf die Heimausstattung ankommt.

Thema	Fragen	Antworten
	Pflegehilfsmittelverzeichnis enthalten und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens seien. Mit 0.50 € pro Stück seien sie außerdem nicht teuer und von mir zu bezahlen. Muss ich das akzeptieren?	
Hüftprotektoren	Ich leide an starker Osteoporose und habe bereits einen Oberschenkelhalsbruch durch Sturz erlitten. Kann ich von der Krankenversicherung einen Hüftprotektor beanspruchen, um mich bei meinen häufigen Stürzen vor weiteren Knochenbrüchen zu schützen?	Nein. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts beugt ein Hüftprotektor keiner bereits drohenden Behinderung vor, sondern dient allgemein der Vorbeugung von Sturzfolgen. Vorbeugung fällt in die Eigenverantwortung des Einzelnen. Möglicherweise kann ein Hüftprotektor als Pflegehilfsmittel jedoch von der Pflegeversicherung beansprucht werden, wenn sich durch sein Tragen die Sturzangst mindert und somit eine selbstständigere Lebensführung des Pflegebedürftigen möglich wird. Hüftprotektoren können in bestimmten Situationen auch pflegeerleichternd sein ¹⁸⁵ .
Rollstuhl mit Rückhaltesystem (Kraftknotensystem)	Besteht ein Anspruch auf die Ausstattung eines Rollstuhls mit einem Rückhaltesystem (Kraftknotensystem), um einen sicheren Transport eines schwerstbehinderten Erwachsenen zu gewährleisten?	Ja. Das Bundessozialgericht hat den Anspruch bejaht, wenn nur mit einer solchen Zusatzausstattung ein sicherer Transport im Rollstuhl zu Ärzten und Therapeuten oder zur Rehabilitationseinrichtung möglich ist. ¹⁸⁶

Hüftprotektoren

Rollstuhl mit Rückhaltesystem (Kraftknotensystem)

¹⁸⁵ so hat das BSG am 22.04.2009 unter dem Az: B 3 KR 11/07 entgegen dem LSG Essen entschieden. In welchen Fällen der Hüftprotektor als Pflegehilfsmittel anerkannt wird und dann in den Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung fällt, bleibt abzuwarten.

¹⁸⁶ BSG Az: B 3 KN 4/07 KR R vom 20.11.2008

Thema	Fragen	Antworten
wasser- feste Badepro- these	Ich bin beinamputiert und habe eine Laufprothese. Kann ich zusätzlich eine wasserfeste Prothese von der Krankenversicherung bekommen?	Ja. Eine Badeprothese gehört zur Versorgungspflicht der Krankenversicherung, wenn die bereits vorhandene Prothese nicht geeignet ist, im Nassbereich zu Hause oder im Schwimmbad sicheres Gehen und Stehen zu ermöglichen. Der Versicherte muss sich nicht auf einen wasserfesten Überzug seiner Alltagsprothese verweisen lassen ¹⁸⁷ . Eine salzwasserfeste Prothese dagegen kann nicht zusätzlich verlangt werden ¹⁸⁸ .

2.6. Welche Fragen aus dem Hilfsmittelbereich stehen derzeit beim Bundessozialgericht zur Entscheidung an?

Das Bundessozialgericht hat immer wieder Fragen zu entscheiden, die für Hilfsmittelbedürftige und ihre Versorgung von Bedeutung sind. Die Krankenversicherungen und sonstigen Kostenträger müssen diese Entscheidungen bei der Bewilligung von Hilfsmitteln berücksichtigen. Hier haben wir eine Auswahl von Verfahren aufgelistet, die in der nächsten Zeit vom Bundessozialgericht entschieden werden sollen¹⁸⁹.

Bundessozialgericht Aktenzeichen	Entscheidungsthema
B 3 KR 8/08 R	Kann ein Versicherter auch dann auf die Nutzung eines handbetriebenen Rollstuhls anstelle des beanspruchten Elektrollstuhls als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen werden, wenn er selbst bei der Bewegung des Rollstuhls körperlich erheblich eingeschränkt ist und familiäre Hilfe nur in beschränktem Maße erhalten kann?

¹⁸⁷ BSG Az: B 3 KR 2/08 vom 18.06.2009

¹⁸⁸ BSG Az: B 3 KR 10/08 vom 26.06.2009

¹⁸⁹ Auf der Informationsadressenseite im Anhang ist ersichtlich, wie Sie sich über die Urteile nach der Entscheidung informieren können.

Bundessozialgericht Aktenzeichen	Entscheidungsthema
B 3 P 4/08 R	Ist ein Deckenlifter ein Pflegehilfsmittel oder eine förderbare Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes?
B 3 P 8/08 R	Hat die Krankenkasse oder die Pflegekasse mit der Zurüstung eines Therapiebetts mit Plexiglas sowie Kantenpolsterung für eine in einer vollstationären Pflegeeinrichtung lebende Behinderte als Hilfsmittel aufzukommen, um einer Verletzungsgefahr vorzubeugen?
B 3 KR 11/08 R	Zum Anspruch eines komplett gelähmten Jugendlichen auf Umrüstung seines manuell betriebenen Fahrrad-Rollstuhls (Rollfiets) auf Elektrobetrieb.
B 3 KR 20/08 R	Hat ein Versicherter Anspruch auf die den Festbetrag übersteigenden Kosten für ein digitales Hörgerät ?
B 3 KR 1/09 R	Hat eine Versicherter einen Sachleistungsanspruch für einen regelmäßigen C - Leg-Service gegenüber seiner Krankenversicherung, wenn er sich das C - Leg zuvor auf eigene Kosten beschafft hat?

3. Was kann ich tun, wenn mir mein Hilfsmittel nicht bewilligt wird?

Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen und der angespannten Wirtschaftslage vieler Heime kommt es nicht selten vor, dass gewünschte Hilfsmittel von den Krankenkassen nicht bewilligt oder von den Heimen nicht zur Verfügung gestellt werden. Dann steht man vor der Entscheidung, ob man die Verweigerung hinnehmen, oder ob man sich dagegen wehren soll.

Nachstehend werden im groben Überblick die rechtlichen Möglichkeiten aufgezeigt, wie gegen ablehnende Entscheidungen vorgegangen werden kann. Diese Hinweise können rechtlichen Rat im konkreten Fall nicht ersetzen. Sie sollen lediglich eine erste Orientierungshilfe sein.

Rechtliche Möglichkeiten bei
Ablehnung des
Hilfsmittelantrages

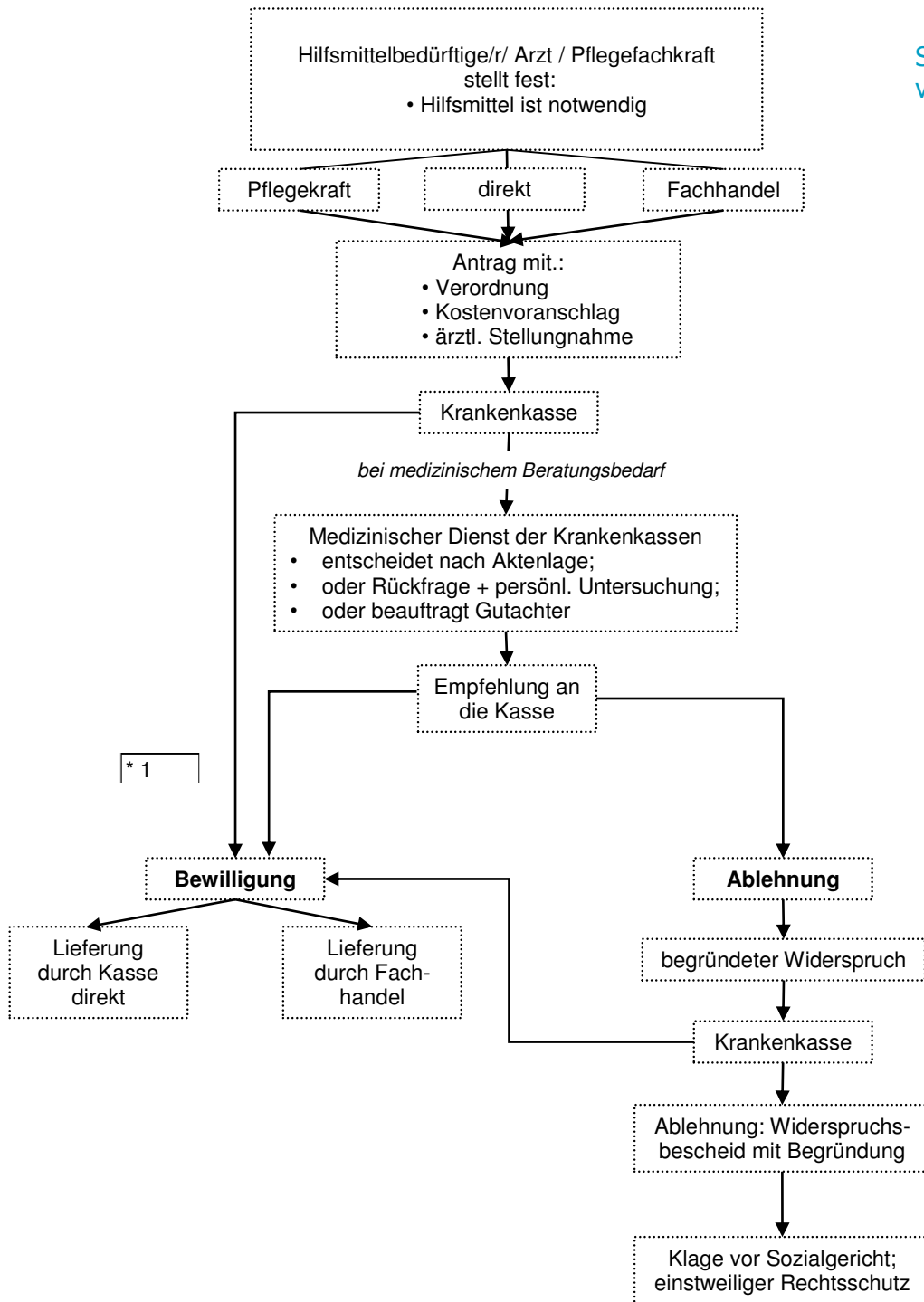
3.1 Wie verhalte ich mich gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung?

Das Verfahren im Zusammenhang mit der Beantragung eines Hilfsmittels ist in allen Fällen gleich. Es beginnt damit, dass die Ärztin oder der Arzt, eine Pflegefachkraft oder die Hilfsmittelbedürftigen selbst feststellen, dass ein Hilfsmittel einzusetzen ist. Sodann werden die Unterlagen für den Hilfsmittelantrag zusammengestellt und von den Betroffenen oder über den Fachhandel bei der Krankenversicherung eingereicht. Das Verfahren endet mit einem positiven oder ablehnenden Bescheid durch die Krankenversicherung.

In den folgenden Kapiteln 3.1 bis 3.3 wird das Verfahren im einzelnen erläutert und aufgezeigt, welche Einflussmöglichkeiten der oder die Versicherte während des Antragsverfahrens hat. In Kapitel 3.4 werden sodann die rechtlichen Möglichkeiten gegen eine ablehnende Entscheidung erklärt.

Zur Veranschaulichung des gesamten Verfahrens dient zunächst die nachfolgende Skizze:

Skizze für Antragsverfahren



* 1: Wenn Krankenversicherung Absicht auf Ablehnung des Antrags mitteilt, dann jetzt persönliches Gespräch führen, zusätzliche Dokumente beibringen oder ärztliche Stellungnahme einholen

3.1.1 Worauf sollte ich bereits bei der Antragstellung achten?

Vollständige
Unterlagen

Schon im Vorfeld, das heißt vor Antragstellung, sollten Sie folgendes beachten: Sämtliche Unterlagen sollten bei der Krankenversicherung vollständig eingereicht werden (ärztliche Verordnung oder ärztliche Stellungnahme, Stellungnahme des Pflegedienstes, eventuell Kostenvoranschlag¹⁹⁰).

Persönliches
Gespräch mit
Sachbearbeitern

Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte der Antrag klar formuliert und wenn nötig ausführlich begründet werden. Kassen bestehen immer mehr auf ausführlichen ärztlichen Verordnungen¹⁹¹ und genauen Angaben zur Zweckbestimmung des Hilfsmittels. Jede nötige Nachfrage kostet Zeit.

Es kann besonders bei komplizierten Fällen hilfreich sein, das persönliche Gespräch mit der Sachbearbeiterin oder dem Sachbearbeiter bei der Krankenversicherung zu suchen¹⁹².

Stellungnahme zur
beabsichtigten
Entscheidung

Die Praxis zeigt, dass viele Anträge abgelehnt werden, weil die Kommunikation zwischen Antragstellern und Krankenversicherung nicht richtig funktioniert.

Beabsichtigt die Krankenversicherung, den Antrag abzulehnen, teilt sie dies in der Regel der antragstellenden Person vorab schriftlich mit entsprechender Begründung mit und gibt ihr Gelegenheit zur Stellungnahme zu der beabsichtigten Entscheidung. Spätestens jetzt ist eine persönliche Kontaktaufnahme mit der Krankenversicherung angebracht, um Einzelheiten über die Hintergründe der beabsichtigten Ablehnung zu erfahren und abzuklären, wieweit der Antrag noch besser begründet oder gegebenenfalls neu gestellt werden muss.

Ablehnungsbescheid

Bleibt es trotz eventuell nachgeschobener Begründung oder der Umformulierung bei der ablehnenden Auffassung der Krankenversicherung, ergeht ein schriftlicher Ablehnungsbescheid. Der Bescheid muss eine verständliche und nachvollziehbare Begründung enthalten. Auch die Ablehnung eines Teils eines Hilfsmittelantrags muss schriftlich erfolgen und begründet werden.

¹⁹⁰ zu den Unterlagen ausführlich siehe Kapitel 2.1

¹⁹¹ siehe Kapitel 2.2.1

¹⁹² Nach Einführung der Pflegeberater/ Pflegemanager in den Pflegestützpunkten werden Sie oder Ihre Angehörigen von diesen bei der Antragstellung unterstützt.

TIPP: Hilfsmittelantrag ausführlich begründen. Alle Unterlagen vollständig einreichen. Das persönliche Gespräch mit den Sachbearbeitern der Versicherung suchen.

3.1.2 Welche Rolle spielt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bei der Hilfsmittelbewilligung?

Die Krankenversicherung kann vor Bewilligung des Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist ¹⁹³. Für diese Prüfung ist allein der MDK zuständig, der mit Orthopädietechnikmeistern sowie Pflegefachkräften zusammenarbeitet.

Überprüfung durch
MDK

Bei Pflegehilfsmitteln für häuslich gepflegte Personen stellt der MDK die Erforderlichkeit fest, sofern dies nicht durch eine Pflegefachkraft erfolgen kann ¹⁹⁴.

Erforderlichkeitsprüfung durch MDK oder
Pflegefachkraft

Geprüft werden die tatsächlichen Voraussetzungen für die Notwendigkeit des Hilfsmittels

z.B. die medizinische Voraussetzung für die Versorgung mit einem Hilfsmittel; die Auswahl des Hilfsmittels; eine alternative Versorgung oder Maßnahme oder ob eine Ausbildung zur Benutzung des Hilfsmittels notwendig ist

Beispiel: Herr Z leidet an Multipler Sklerose ¹⁹⁵ und hat einen elektrischen Rollstuhl mit besonderer Ausstattung beantragt, die es ihm erlaubt, im häuslichen Umkreis Einkäufe allein zu erledigen. Sein Arzt hat eine Verordnung mit der Diagnose geschrieben, ohne den Zweck des Rollstuhls näher zu begründen.

Der Sachbearbeiter der Versicherung bittet Herrn Z, näher darzulegen, welche Vorteile der Rollstuhl für ihn habe. Ferner möchte er von Herrn Z und dessen Arzt genauere Angaben zum Verlauf seiner Krankheit und deren voraussichtlicher Entwicklung haben, um Zweifel auszuräumen, ob er den Rollstuhl überhaupt noch bedienen kann.

Ist Herr Z verpflichtet, den Bitten des Sachbearbeiters nachzukommen?

¹⁹³ Geprüft wird die Erforderlichkeit im Sinne von § 33 SGB V, Wortlaut siehe Anlage 1

¹⁹⁴ § 40 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI, Wortlaut siehe Anlage 1

¹⁹⁵ Multiple Sklerose bedeutet entzündliche Erkrankung des Nervensystems, die bis zur Bewegungsunfähigkeit führen kann.

Auskunft über Krankheitsbild

Versicherte und ihre Ärzte müssen allein dem MDK Einblick in ihre Krankengeschichte und Befunde gewähren, nicht dagegen den Sachbearbeitern der Versicherung. Wenn diese das Hilfsmittel nach Aktenlage nicht ohne genauere Informationen zur Krankheit bewilligen können, müssen sie den MDK zur Beratung heranziehen.

Herr Z ist nicht verpflichtet, dem Sachbearbeiter gegenüber die Angaben zum Krankheitsverlauf zu machen oder ärztliche Untersuchungsergebnisse vorzulegen. Er kann den Sachbearbeiter bitten, den MDK einzuschalten.

Dagegen sollte er dem Sachbearbeiter zu den tatsächlichen Vorteilen des Rollstuhls für seine Lebensgestaltung genauere Angaben machen.

Informationspflicht des MDK – Persönliche Untersuchung durch MDK

Wenn der MDK den Antrag der oder des Hilfsmittelsuchenden von der Versicherung erhält und den Fall nicht ohne weiteres beurteilen kann, muss er ein Gutachten einholen. Der MDK kann und muss sich dazu alle nötigen sachlichen Informationen beschaffen, insbesondere den Versicherten zu einer persönlichen Untersuchung einladen oder z.B. mit den behandelnden Ärzten Rücksprache nehmen¹⁹⁶.

Beratung durch MDK

Die Aufgabe des MDK ist es auch, den Versicherten in diesen Fällen zu beraten¹⁹⁷, wie eine optimale, wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung erfolgen kann.

Gutachten durch MDK

Wie der MDK seine Begutachtung im Einzelnen vornehmen muss, ist nach einheitlichen Grundsätzen festgelegt¹⁹⁸.

Je nach dem Ergebnis der Begutachtung gibt der MDK eine befürwortende oder ablehnende Stellungnahme an die Krankenkasse ab und teilt diese auch der behandelnden Ärztin oder dem Arzt mit¹⁹⁹. Die Stellungnahme muss qualifiziert begründet werden²⁰⁰.

¹⁹⁶ Das LSG Hessen hat in einer Entscheidung vom 18.10.2007, Az: L 8 KR 228/06, zu den Anforderungen an eine qualifizierte Stellungnahme des MDK Stellung genommen

¹⁹⁷ Die gesetzliche Regelung hierfür findet sich in § 275 Abs. 3 Nr.1 SGB V

¹⁹⁸ Siehe z.B. die Empfehlungen zur Hilfsmittelbegutachtung bei Pflegebedürftigen und häuslicher Pflege des GKV Spitzenverbandes; dort sind die Grundsätze und Schritte der Begutachtung nachzulesen; Anhang 15

¹⁹⁹ Dies ist in § 277 Abs. 1 SGB V geregelt.

²⁰⁰ Siehe Punkt 3, Seite 17 der in Fußnote 199 genannten Empfehlungen

Eine rechtliche Beurteilung des Antrags darf der MDK nicht vornehmen.

Die Entscheidung über die Bewilligung des Hilfsmittels trifft allein die Kranken- bzw. Pflegeversicherung.

Sie haben ein Recht auf Einsicht in Ihre Versichertenakte²⁰¹ und sollten dies wahrnehmen, um beispielsweise festzustellen, auf welche Unterlagen der MDK seine Stellungnahme gestützt hat²⁰².

Sie können, wenn nötig auf einer persönlichen Untersuchung durch den MDK bestehen oder Ihre Ärztin oder Ihren Arzt einschalten oder eine weitere ärztliche Stellungnahme einreichen.

Eine neue Aufgabe des MDK ist die Evaluation von durchgeführten Hilfsmittelversorgungen. Dies bedeutet, dass der MDK nach Auslieferung und Anpassung das Hilfsmittel auf Qualität, Funktionalität und Eignung überprüfen kann.²⁰³

3.1.3 Was kann ich tun, wenn die Krankenversicherung meinen Antrag nicht oder verzögert bearbeitet oder mir keinen schriftlichen Bescheid gibt?

Beispiel: Frau X benötigt dringend ein Atemreinigungsgerät. Der Antrag liegt mit den nötigen Unterlagen seit einigen Wochen bei der Krankenversicherung. Mehrere persönliche Gespräche mit dem Sachbearbeiter sind bereits erfolgt, in denen die Angehörigen immer getröstet wurden mit dem Argument, der Antrag müsste noch weiter geprüft werden.

Es ist der Eindruck entstanden, dass die Entscheidung verzögert wird. Wie können die Angehörigen von Frau X das Verfahren beschleunigen?

Zunächst einmal gilt: Versicherte haben ein Recht auf eine Entscheidung der Kasse. Allerdings gibt es für die Krankenversicherungen - anders als bei den Pflegekassen - keine gesetzlichen Fristen für die Entscheidung²⁰⁴. Ausnahmen gibt es für den Behindertenbereich.

Qualifiziert
begründete
Stellungnahme
des MDK

Akteneinsichtsrecht

Verzögerung der
Bewilligung

Recht auf
Entscheidung

²⁰¹ Dies ist in § 25 SGB X geregelt; die Einsichtnahme wird unter Umständen nur über einen Arzt gestattet; der Wortlaut des § 25 SGB X ist in Anlage 1 wiedergegeben.

²⁰² In der in Fußnote 179 zitierten Entscheidung des LSG Hessen hat das Gericht eine bloße Stellungnahme des MDK nach Aktenlage ohne weitere eigene Nachforschung und Untersuchung als unzureichend angesehen.

²⁰³ § 275, Abs. 3 Nr. 3

²⁰⁴ Wenn das Hilfsmittel von der Krankenversicherung als Rehabilitationsträger aufgrund des SGB IX als Teilhabeleistung verlangt werden kann, würden die Fristen des SGB IX für die Bearbeitung gelten.

Untätigkeitsklage

Eine Untätigkeitsklage kann erst nach 6 Monaten erhoben werden. Sie muss vor dem örtlich zuständigen Sozialgericht eingereicht werden. Verfahren vor den Sozialgerichten dauern lange. Mit einer Klage kommt Frau X nicht schneller zu ihrem Hilfsmittel.

Beschwerde

Wenn hartnäckiges Nachfragen unter Hinweis auf die medizinische Dringlichkeit nichts nützt, kann eine persönliche Beschwerde bei der Geschäftsstellenleitung der Krankenversicherung eher zu einem baldigen Erfolg führen.

Rechtsbeistand

Die Angehörigen können auch rechtlichen Beistand in Anspruch nehmen. In einem anwaltlichen Brief kann der Krankenversicherung eine Frist zur Entscheidung gesetzt werden.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde oder Patientenbeauftragten

Möglich ist auch eine Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde der Krankenversicherung oder bei der Patientenbeauftragten der Bundesregierung²⁰⁵.

Lobbyarbeit Petition

In einigen Fällen war auch die Einschaltung politischer Entscheidungsträger in der Stadt- oder Kommunalverwaltung, die zum Beispiel einen Sitz im Aufsichtsrat der Krankenversicherung haben, oder eine Petition an die Landes- oder Bundesregierung erfolgreich.

Selbsthilfe

Vorsicht ist bei Selbsthilfe geboten:

Beispiel: Die Angehörigen von Frau X möchten nicht länger warten und fragen, ob sie nicht selbst das Gerät besorgen und dann die Krankenversicherung auf Zahlung in Anspruch nehmen können.

Kostenerstattung als Ausnahme

Grundsätzlich haben Versicherte nur ein Recht auf Versorgung, d.h. auf eine Sachleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Die Kostenerstattung ist daher die Ausnahme²⁰⁶.

Beispiel: Die Angehörigen von Frau X müssen die Entscheidung der Krankenversicherung abwarten. Wenn sie das Gerät trotzdem selbst besorgen und die Bewilligung dann später eintrifft, haben sie keinen Anspruch auf Erstattung ihrer Kosten.

Wer sich das Hilfsmittel selbst beschafft, hat nur in zwei Fällen ein Recht auf Kostenerstattung²⁰⁷:

²⁰⁵ Banken- und Versicherungsaufsicht, Adresse siehe unter Informationsadressen im Anhang; Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, siehe Informationsadressen im Anhang, Internetadresse:

www.patientenbeauftragter.de

²⁰⁶ Auch für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist es seit 01.01.2004 möglich, im Hilfsmittelbereich anstelle von Leistungen Kostenerstattung zu wählen, § 13 Abs. 2 SGB V. Diese Absicht muss das Mitglied der Versicherung gegenüber erklären. Es ist in der Praxis nicht der Regelfall.

²⁰⁷ § 13 Abs. 3 SGB V, Wortlaut in Anlage 1

1. Die Krankenversicherung hat die Leistung zu Unrecht abgelehnt.

Unrechtmäßige
Ablehnung der
Leistung

Beispiel: Lehnt die Versicherung die Leistung dagegen ab und halten die Angehörigen dies für unrechtmäßig, können sie zur Selbsthilfe greifen. Sie müssen gleichzeitig gegen die Entscheidung der Krankenversicherung Widerspruch einlegen und gegebenenfalls Klage erheben²⁰⁸. Voraussetzung ist allerdings, dass die rechtliche Überprüfung einen Anspruch von Frau X auf Leistung dieses Geräts gegen die Krankenversicherung ergibt und Frau X Kosten für die Beschaffung entstanden oder schon in Rechnung gestellt sind.

2. Die Krankenversicherung stellt das unaufschiebbar benötigte Hilfsmittel nicht rechtzeitig zur Verfügung.

Dringender
Hilfsmittelbedarf

Hiermit sind medizinische Notfälle gemeint, zum Beispiel, wenn das Hilfsmittel in Folge einer Operation oder eines akuten Problems dringend benötigt wird.

Auch in diesen Fällen muss man der Krankenversicherung zumindest Gelegenheit zur Stellungnahme geben.

3.1.4 Welche rechtlichen Möglichkeiten habe ich gegen die ablehnende Entscheidung der gesetzlichen Krankenversicherung?

Rechtliche
Möglichkeit gegen
ablehnenden
Bescheid

Gegen den ablehnenden Bescheid der gesetzlichen Krankenversicherung ist folgendes Vorgehen möglich:

- Enthält der Bescheid der Krankenversicherung eine Rechtsbehelfsbelehrung²⁰⁹, so muss innerhalb eines Monats ab Zustellung der Entscheidung schriftlich Widerspruch gegen den Bescheid eingelegt werden. Der Widerspruch kann auch persönlich bei der Krankenversicherung erklärt werden.
- Enthält der Bescheid keine Rechtsbehelfsbelehrung, so beträgt die Widerspruchsfrist ein Jahr nach Zustellung des Ablehnungsbescheids.

Widerspruch

Widerspruchsfrist

²⁰⁸ Zum rechtlichen Vorgehen siehe Kapitel 3.1.3

²⁰⁹ Das ist ein Hinweis auf Ihre rechtlichen Möglichkeiten gegen den Bescheid, in welcher Form, bis wann und wo Widerspruch eingelegt werden kann.

Bewilligungsbescheid

Widerspruchsbescheid

Widerspruchsverfahren

Klage vor Sozialgericht Klagefrist ein Monat

Eilverfahren

- In Ihrem Widerspruch sollte nochmals eingehend die Notwendigkeit des beantragten Hilfsmittels begründet werden, eventuell mit ergänzenden Stellungnahmen durch Arzt, Pflegedienste, Angehörige und Helfer bei der Pflege.
- Über den Widerspruch entscheidet ein besonderer Widerspruchsausschuss der Krankenversicherung durch schriftlichen Bescheid. Hier gibt es zwei Entscheidungsmöglichkeiten:
 1. Der Ausschuss gibt dem Widerspruch statt und bewilligt das beantragte Hilfsmittel. Es ergeht ein Bewilligungsbescheid.
 2. Der Ausschuss gibt dem Widerspruch nicht statt und bestätigt die ablehnende Auffassung der Krankenversicherung. Es ergeht ein Widerspruchsbescheid, der erneut eine Rechtsbehelfsbelehrung haben muss.

Das Widerspruchsverfahren soll nicht länger als drei Monate dauern. Dieser Zeitraum kann sich durch Sachverhaltsaufklärung oder Einholung eines Gutachtens verlängern. Für das Widerspruchsverfahren entstehen Ihnen keine Kosten.

Gegen den Widerspruchsbescheid kann innerhalb eines Monats nach dessen Zustellung Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden.

Wenn das Hilfsmittel dringend benötigt wird, kann im Wege der einstweiligen Anordnung ein Eilverfahren beim Sozialgericht eingeleitet werden. In diesen Verfahren trifft das Gericht eine vorläufige Anordnung in der Regel innerhalb von vier bis sechs Wochen. Die Zeitdauer ist abhängig davon, ob das Gericht für seine Entscheidung medizinische Ermittlungen anstellen muss oder sehr überlastet ist.

Sie können sowohl das Widerspruchs- als auch das Klageverfahren ohne anwaltliche Vertretung selbst führen. Empfehlenswert ist das nicht. Für die Anwaltskosten gibt es - wenn die wirtschaftlichen Voraussetzungen gegeben sind - Beratungshilfe oder Prozesskostenhilfe²¹⁰. Sollten Sie eine Rechtsschutzversicherung abgeschlossen haben, die auch Sozialrechtsschutz umfasst, sind die Kosten anwaltlicher Hilfe gegebenenfalls hierdurch gedeckt. Näheres kann beim Gericht, der Rechtsschutzversicherung, beim Rechtsanwalt oder der Rechtsanwältin erfragt werden.

Rechtsrat
Beratungshilfe
Prozesskostenhilfe
Rechtsschutz-
versicherung

TIPP

TIPP: In einem Streit über die Zuständigkeit für die Stellung des Hilfsmittels zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Heim empfiehlt es sich, die Klage gegen die Krankenversicherung zu erheben. Für diese Streitigkeiten ist das Sozialgericht zuständig, während eine Klage gegen das Heim vor den Zivilgerichten zu erheben ist. Das Heim kann durch Beiladung in den Prozess vor dem Sozialgericht mit einbezogen werden.

Der Weg über die Sozialgerichte ist kostengünstiger. Gutachten und Beweise werden von Amts wegen eingeholt. Allerdings dauern die Verfahren vor den Sozialgerichten in der Regel länger als die vor den Zivilgerichten. Für dringende Fälle gibt es das Eilverfahren.

²¹⁰ §§ 73a Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit § 114 Zivilprozeßordnung (ZPO)

Rechtliche Möglichkeiten für Privatversicherte

Abschlagszahlungen bei verzögerter Entscheidung

Rechtliche Möglichkeiten gegen den ablehnenden Bescheid

3.2. Wie verhalte ich mich gegenüber meiner privaten Krankenversicherung?

Es gibt keine wesentlichen Unterschiede im Verfahren bei der Bearbeitung der Anträge auf Bewilligung von Hilfsmitteln zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Daher gilt das oben in Kapitel 3.1 Gesagte entsprechend. Nachstehend sind nur die wichtigsten Unterschiede dargestellt.

3.2.1 Worauf sollte ich bereits bei der Antragstellung achten?

Wichtig sind die vorherige Anfrage mit vollständigen Unterlagen und eine schriftliche Antwort der Versicherung. Sofern Sie alle nötigen Unterlagen vorgelegt haben und die Versicherung Gelegenheit hatte, den Anspruch zu prüfen, können Sie nach einem Monat Abschlagszahlungen in der Höhe verlangen, in der die Krankenversicherung in jedem Fall zu leisten hat²¹¹. Diese Forderung kann die Bearbeitung gegebenenfalls beschleunigen.

Verweigert die Versicherung die Zahlung, sollten Sie eine Begründung fordern und anhand Ihrer vertraglichen Unterlagen überprüfen, ob die Ablehnung von Ihren Versicherungsbedingungen gedeckt ist. Wenn Sie mit einem Versicherungsmakler/Courtier zusammenarbeiten, können Sie dort um Rat fragen.

3.2.2 Welche rechtlichen Möglichkeiten habe ich gegen die Entscheidung der privaten Krankenversicherung?

Die Ablehnung des Antrags auf Erstattung der Kosten für das Hilfsmittel muss schriftlich erfolgen. Das Ablehnungsschreiben muss einen Hinweis auf die Klagefrist von sechs Monaten enthalten. Diese Frist beginnt mit der Zustellung des Ablehnungsschreibens²¹².

²¹¹ § 11 Abs. II Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

²¹² § 17 Allgemeine Geschäftsbedingungen für die Private Krankenversicherung, Fundstelle siehe Anhang

Sie können, nachdem Sie entweder selbst oder über einen Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin die Rechtmäßigkeit der Entscheidung der Krankenversicherung anhand Ihres Versicherungsvertrages überprüft haben, die Versicherung anschreiben, Ihre Sicht der Dinge darstellen und diese nochmals zur Überprüfung ihrer Entscheidung - gegebenenfalls mit Fristsetzung - auffordern.

Dieser Weg eröffnet die Möglichkeit, sich außergerichtlich zu einigen. Die Versicherung kann die Zahlung eventuell im Kulanzwege leisten.

Kann der Konflikt nicht auf diesem Wege beigelegt werden, muss die Versicherung vor dem Zivilgericht auf Zahlung verklagt werden. Die Klage ist innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zahlungsverweigerung einzureichen, andernfalls kann sich die Versicherung auf den Ausschluss von der Leistungspflicht berufen. In einem solchen Verfahren sollten Sie sich unbedingt anwaltlich vertreten lassen.

Auch für diese Verfahren gibt es - wenn die wirtschaftlichen Voraussetzungen gegeben sind - Beratungshilfe bzw. Prozesskostenhilfe²¹³. Sollten Sie eine Rechtsschutzversicherung abgeschlossen haben, die den Versicherungsvertragsrechtsschutz abdeckt, sind die Kosten anwaltlicher Hilfe gegebenenfalls hierdurch gedeckt. Über Einzelheiten informieren die Gerichte, Rechtsanwälte und die Rechtsschutzversicherung.

3.3 Wie verhalte ich mich bei Ablehnung meines Antrags auf Beihilfe?

Für die Beantragung der Kostenübernahme von Hilfsmitteln gilt dasselbe wie gegenüber der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung²¹⁴. Zweifelsfälle oder komplizierte Fälle sollten schon im Vorfeld in einem persönlichen Gespräch mit der Beihilfestelle geklärt werden.

Der ablehnende Bescheid der Beihilfestelle stellt einen Verwaltungsakt dar, gegen den innerhalb einer Frist von vier Wochen schriftlich Widerspruch einzulegen ist. In der Regel ist schon der Bescheid mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen, in der auf die Frist hingewiesen wird. Die Frist beginnt mit dem Tage des Zugangs des Bescheids zu laufen.

Außergerichtliche
Einigung

Klage vor den
Zivilgerichten
Klagefrist sechs
Monate

Rechtsrat
Beratungshilfe
Prozesskostenhilfe
Rechtsschutz-
versicherung

Ablehnung des
Beihilfeantrags

Fristen

²¹³ siehe auch Kapitel 3.1.4 und 3.2.2

²¹⁴ siehe Kapitel 3.1 und 3.2

Widerspruchs-
verfahren

Der Widerspruch muss nicht, sollte aber zweckmäßigerweise begründet werden.

Folgt die Beihilfestelle den vorgebrachten Gründen nicht, so erlässt sie einen ablehnenden Widerspruchsbescheid. Auch dieser enthält eine Belehrung zu den weiteren rechtlich möglichen Schritten.

Klage vor Verwal-
tungsgericht

Gegen den Widerspruchsbescheid kann innerhalb eines Monats Klage vor dem örtlich zuständigen Verwaltungsgericht erhoben werden.

Rechtsrat
Beratungshilfe
Prozesskostenhilfe
Rechtsschutz-
versicherung

Auch für Beihilfeberechtigte ist es empfehlenswert, Rechtsrat einzuholen. Die Möglichkeiten, eine Rechtsschutzversicherung, Beratungs- oder Prozesskostenhilfe für die Rechtsverfolgung in Anspruch nehmen zu können, gelten auch für diesen Personenkreis²¹⁵.

TIPP

TIPP: Hilfsmittelbedürftige sollten den Rechtsweg nicht scheuen, denn Rechtsmittel zur Bereitstellung von Hilfsmitteln sind in vielen Fällen erfolgreich. Aufgrund der neuen Gesetze, der eingeschränkten Wahlmöglichkeiten unter den Leistungserbringern und dem Sparbedürfnis der Kassen kann die Auslegung der einschlägigen Vorschriften unterschiedlich ausfallen. Oft wird zunächst zu Lasten der Hilfsmittelbedürftigen entschieden. Die Gerichte können dann Klarheit schaffen.

²¹⁵ siehe Kapitel 3.1.4

3.4 Wie verhalte ich mich gegenüber dem Heim?

Verweigert das Heim ein von ihm im Rahmen des Betreuungsvertrages zu stellendes Hilfsmittel, so sollten Sie immer auf einer schriftlichen Begründung bestehen. Das vorausgehende persönliche Gespräch mit der Heimleitung bzw. mit der für die Hilfsmittelversorgung zuständigen Abteilung ist auch hier wichtig. Eventuell kann die Einschaltung des Heimbeirats nützlich sein.

Wenn das Heim seine Ablehnung damit begründet, dass die Krankenversicherung zuständig sei, empfiehlt es sich, mit dem Heim gemeinsam gegenüber der Krankenversicherung vorstellig zu werden.

Begründet das Heim seine Ablehnung mit mangelnder Ausstattung, so sollte mit der Pflegekasse geklärt werden, welche Grundausrüstung im Pflegesatz enthalten ist.

Ferner besteht die Möglichkeit, die Heimaufsicht einzuschalten, deren Aufgabe unter anderem die Überwachung der Leistung des Heims ist.

Schließlich bleibt der juristische Weg. Sie können rechtlichen Rat einholen und die Zivilgerichte anrufen²¹⁶.

TIPP: Im Vorfeld rechtlicher Schritte sollten Sie sich stets über die Erfolgsaussichten Ihres Vorgehens fachlich beraten lassen. Hierzu stehen Beratungsstellen wie die BIVA oder sonstige Interessenverbände der Verbraucherinnen und Verbraucher sowie die rechtsberatenden Berufe zur Verfügung.

4. Was hat sich im Hilfsmittelbereich durch die Gesundheits- und Pflegeversicherungsreform wesentlich geändert?

Die wesentlichen Änderungen im Gesundheits- und Hilfsmittelbereich sind zum 01.01.2004 und zum 01.04.2007 im Rahmen der Gesundheitsreform in Kraft getreten²¹⁷.

²¹⁶ Siehe Kapitel 3.1.4 und 3.2.2

²¹⁷ Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV ModernisierungsG vom 14.11.2003), Fundstelle im Anhang; Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz) (GKV-WSG) vom 26.03.2007, Fundstelle im Anhang

Verweigerung des
Hilfsmittels durch
Heim

Grundausrüstung
des Heims

Hilfe durch
Heimaufsicht

TIPP

Gesundheitsreform
Pflegeversicherungs-
reform

Die Pflegeversicherungsreform ist zum 01.07.2008 wirksam geworden²¹⁸. Alle drei Reformgesetze haben auch Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln gehabt. Diese Auswirkungen sind in dieser Broschüre berücksichtigt worden.

Zur leichten Übersicht sind einige wesentliche Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nachstehend noch einmal kurz zusammengefasst.

4.1 Überblick über die wesentlichen Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ziel der Maßnahmen	Zeitpunkt	Art der Maßnahmen
Zuzahlungen und Leistungseinschränkungen	01.01.2004	Eine Zuzahlungspflicht für Hilfsmittel von 10%, höchstens 10 € wird eingeführt. Für häuslich Gepflegte wird der Erstattungsbetrag für Pflegehilfsmittel auf monatlich 31€ begrenzt.
	01.01.2004	Die Belastungsgrenze für gesetzliche Zuzahlungen wird allgemein bei 2% des jährlichen Bruttoeinkommens festgelegt. Für chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze für alle gesetzlichen Zuzahlungen bei 1% des jährlichen Bruttoeinkommens. Die generelle Härtefallregelung von 0 % Zuzahlung entfällt.
	01.01.2004	Sehhilfen und Brillengestelle werden nur noch für Kinder und Jugendliche und schwer Sehbehinderte geleistet. Fahrtkosten zur ambulanten Versorgung werden nicht mehr erstattet.
	01.01.2008	Versicherte müssen bestimmte Vorsorgeprogramme wahrnehmen, um zukünftig von der Belastungsgrenze von 1% für chronisch Kranke bei bestimmten Krankheiten zu profitieren.

²¹⁸ Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.05.2008, Fundstelle im Anhang

Ziel der Maßnahmen	Zeitpunkt	Art der Maßnahmen
Verbesserte Rechtspositionen	01.04.2007	Die Krankenversicherungen sind verpflichtet, ihren Versicherten Informationen zu den Hilfsmittellieferanten zu geben.
	01.04.2007	Auch geriatrische Patienten haben einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation.
	01.04.2007	Durch die Neufassung des § 33 BSG V stellt der Gesetzgeber klar, dass der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behindertenausgleich auch für Bewohner und Bewohnerinnen in stationären Einrichtungen besteht, unabhängig von deren Fähigkeit, noch am Leben der Gemeinschaft teilzuhaben.
	14.03.2003 27.03.2007	Das 2003 geplante Hilfsmittelsicherungsgesetz kommt nicht zustande. Die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen überarbeiten jedoch ihren Katalog zur Zuständigkeit (Abgrenzungskatalog) unter Berücksichtigung der ständigen Rechtsprechung. Hierdurch entsteht in vielen Punkten Rechtssicherheit.
	01.01.2005	Die Spitzenverbände der Krankenversicherungen haben bundeseinheitliche Festbeträge für bestimmte Hilfsmittel vereinbart. Für diese Hilfsmittel muss nur die gesetzliche Zuzahlung gezahlt werden, aber keine weitere Zuzahlung. Es gibt keine Preisunterschiede mehr innerhalb der Bundesländer.
Organisatorische Veränderungen	17.12.2003	Seit 2004 gibt es eine Patientenbeauftragte des Bundes als Anlaufstelle für Fragen und Beschwerden.
	01.04.2007	Durch die seit Erlass des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2007 möglichen Ausschreibungen von Hilfsmitteln durch die Kassen soll die Hilfsmittelversorgung verbessert werden.
	01.04.2007	Hilfsmittel sollen nur noch durch Vertragspartner der Krankenversicherungen geliefert werden. Durch Verträge auf Landesebene soll die Grundausstattung der Pflegeheime mit Hilfsmitteln geregelt werden.
	01.07.2008	Der Begriff „Pflegehilfsmittel“ wird im Gesetz einheitlich für alle Hilfsmittel verwendet, die der Pflege dienen.
	01.07.2008	Seit Juli 2008 werden wohnortnahe Pflegestützpunkte geschaffen.
	01.01.2009	Ein Individualanspruch auf eine umfassende Pflegeberatung mit zentralem Pflegemanagement wird eingeführt.

4.2 Welche Veränderungen sind in der Praxis durch die politischen Weichenstellungen entstanden?

Reformziel

Der Gesetzgeber will durch die Neuregelungen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche, in der Qualität gesicherte Versorgung der Versicherten leisten.

Strukturreform Transparenz Vernetzung der Leistungsangebote Wettbewerb

Dies soll durch bessere Strukturierung, Transparenz und Vernetzung der Leistungsangebote geschehen. Es soll mehr Wettbewerb auf dem Hilfsmittelmarkt entstehen. Deshalb wurden zum Beispiel auch die Ausschreibungen für Hilfsmittel eingeführt.

Einsparung

In der Praxis bedeutet das: Im Gesundheits- und Pflegebereich soll vor allem eingespart werden. Für die praktische Versorgung mit Hilfsmitteln entstehen dadurch viele neue Fragen, deren Antworten und Auswirkungen sich für den Einzelnen erst in den nächsten Jahren zeigen werden.

Noch gibt es Übergangsvorschriften bis zum 31.12.2009 für die bisherigen Hersteller und Lieferanten und die mit ihnen abgeschlossenen Verträge.

Ferner sind bereits jetzt Gesetzesänderungen zugunsten der Hilfsmittellieferanten geplant, um einen funktionsfähigen Wettbewerb in der Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten.

Marktveränderungen

Der Hilfsmittelmarkt wird sich künftig verändern. Hersteller und Händler werden enger zusammenarbeiten müssen, um die Patientenversorgung zu gewährleisten. Die Versorgung eines Patienten wird künftig nicht mehr nur durch ein von diesem gewähltes Sanitätshaus oder die Apotheke seines Vertrauens erfolgen, sondern - abhängig vom Vertrag mit der Krankenversicherung - werden bestimmte Hilfsmittel allein von einem oder wenigen Anbietern geliefert werden.

Versorgungsqualität

Es wird sich zeigen, in welchen Versorgungsbereichen Exklusivverträge geschlossen werden und wie sich das auf die praktische Versorgung und auf die Qualität der Hilfsmittel auswirkt.²¹⁹Die Hauptverantwortung hinsichtlich der Qualität der ausgesuchten Produkte liegt bei den Krankenversicherungen.

²¹⁹ Zu den bisherigen Auswirkungen der Reformen auf die Hilfsmittelversorgung aus der Sicht der Betroffenen siehe u.a. www.buendnis-meine-wahl.de

Preise für Produktgruppen, die ausgeschrieben werden, können künftig tatsächlich sinken. Auch hier wird sich zeigen, ob dies Auswirkungen auf die Qualität haben wird.

Die bisherige Möglichkeit der Versicherten, im Hilfsmittelbereich zwischen verschiedenen Lieferanten zu wählen, wurde erheblich eingeschränkt. Ob diese Eingriffe in die Rechte der Versicherer tatsächlich durch nennenswerte Einsparung bei gleicher Qualität gerechtfertigt sind, bleibt abzuwarten.

Die vom Gesetzgeber zugesicherte grundsätzliche Wahlfreiheit in Bezug auf das Hilfsmittel würde Theorie bleiben, wenn diese Wahlfreiheit mit höheren Preisen zu bezahlen sein wird.

Stationäre Einrichtungen werden statt einer zentralen Bestellung und Lagerung von erprobten Produkten zur Pflege künftig je nach Kassenzugehörigkeit ihrer Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedliche Produkte beziehen, lagern und anwenden müssen. Hierdurch entsteht ein höherer bürokratischer Aufwand und zusätzlicher Einweisungsbedarf des Personals in die Handhabung verschiedenartiger Produkte. Diese Zeit geht der Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner verloren.

Es zeigt sich bereits jetzt, dass einige Lieferanten bei ihrer Kalkulation der Rabattpreise in der Ausschreibung den Aufwand für die übernommenen Dienstleistung gegenüber den Pflegeheimen unterschätzt haben. Es wird sich zeigen, ob sie ihre Pflichten erfüllen können oder versuchen, einen Teil auf die Einrichtungen abzuwälzen.

Einige Krankenkassen haben beispielsweise im Bereich der Inkontinenzversorgung im stationären Bereich auf die Ausschreibung von Exklusivverträgen verzichtet und stattdessen neue Vereinbarungen über Pauschalen mit den Heimträgern geschlossen, um eine qualitativ gute Versorgung sicherzustellen.²²⁰

Betroffene fragen sich vor allem:

- Welche Hersteller bleiben zukünftig noch Anbieter mit erstattungsfähigen Produkten und Leistungen?
- Werde ich als älterer Hilfsmittlempfänger noch mein vertrautes Sanitätshaus in Anspruch nehmen können? Was wird aus meiner Wahlfreiheit?

Preissenkung

Wahlfreiheit

Lagerungsprobleme
im Pflegeheim

Personeller
Mehraufwand

Offene Fragen

²²⁰ Z.B. AOK-plus

- Ist eine qualitativ hochwertige Versorgung noch gewährleistet oder gibt es diese nur noch für privat Versicherte?
- Wieviel mehr werde ich persönlich zuzahlen müssen, um mein gewünschtes Hilfsmittel zu erhalten?
- Für welche Produkte werden sich die Kassen bei den Ausschreibungsverfahren entscheiden? Für Billigprodukt A oder Qualitätsprodukt C? Inwieweit werden nur noch Billigprodukte erstattet?
- Ist eine flächendeckende prompte Versorgung sichergestellt?
- Wird es für speziell für meinen Bedarf angefertigte Hilfsmittel bei der bisherigen Praxis bleiben oder muss ich meinen Hersteller oder Händler wechseln? Wo bleibt Raum für individuell ausgerichtete Produkte?
- Werden die neu zu schaffenden Pflegestützpunkte effektiver beraten und den Hilfesuchenden betreuen können, wenn wie geplant ein Fallmanager für ca. 200 Betroffene zuständig ist?

ANLAGENVERZEICHNIS

Anlage- nummer	Titel der Anlage	Seite
1.	Gesetze (in Auszügen) - SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) - SGB VII (gesetzliche Unfallversicherung) - SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) - SGB X (Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz) - SGB XI (soziale Pflegeversicherung)	93
2.	Überblick über die Produktgruppen aus dem Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 01.07.2009	107
3.	Produktgruppen 50 – 54 des Pflegehilfsmittelverzeichnisses	109
4.	Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegeversicherungen = Pflegehilfsmittelverzeichnis des Verbandes der privaten Krankenversicherungen Stand 03.2009	Auf Abdruck wurde verzichtet
5.	Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich vom 27.03.2007	111
6.	Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Beihilfевorschriften-BhV) vom 01.01.2005	113
7.	Anlage 3 (Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel...wie für Körperersatzstücke) zu § 6 Abs.1 Nr.4 Beihilfевorschriften des Bundes (BhV) für Bundesbeamte	Auf Abdruck wurde verzichtet
8.	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie; HilfsM-RL), vom 16.10.2008; Bundesanzeiger 2009, Nr.61, S.462; in Kraft seit 07.02.2009	116
9.	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 26.03.2007	Auf Abdruck wurde verzichtet

10.	Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen /Pflegekassen zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen Stand März 2007	Auf Abdruck wurde verzichtet
11.	Die Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 17.01.1995	120
12.	Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen für die Höhe des vom Versicherten zu zahlenden Eigenanteils bzw. des von den Krankenkassen zu zahlenden Zuschusses bei der Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln vom 29.04.2003	Auf Abdruck wurde verzichtet
13.	Bekanntmachung der Spitzenverbände der Krankenkassen über die bundesweite neue Festsetzung von Festbeträgen für Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Sehhilfe, Stomaartikel gem. § 36 SGB V vom 23.10.2006	123
14.	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV ModernisierungsG) vom 14.11.2003	Auf Abdruck wurde verzichtet
15.	Empfehlung des GKV-Spitzenverbands zur Hilfsmittel-Begutachtung bei Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege nach § 282 Abs. 2, S.4 SGB V vom 08.06.2009	130

ANLAGE 1:

Gesetze in Auszügen

Es werden nur die Regelungen wiedergegeben, die für das Thema Hilfsmittel wichtig sind.

Sozialgesetzbuch V (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag..

(3)...

§ 13 Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. ... Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden...

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

§ 27 Krankenbehandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt

1. Ärztliche Behandlung ...
2. (...)
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- 4.-5. (...)
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

§ 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. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

(2) Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.

(3) Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 2 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Kranken-

kasse als Zuschuß zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

(4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 2 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.

(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.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen 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 Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

§ 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

(1)-(3) (...)

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Heil- und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. Die Rechtsverordnung kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihre Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Abs. 2

Satz 3 gilt entsprechend. Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Heil- und Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt.

§ 35 Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel

(1)-(4) (...)

(5) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten; soweit wie möglich ist eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl sicherzustellen. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. Der Festbetrag für die Arzneimittel in einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 sowie erstmals zum 1. April 2006 auch nach den Nummern 2 und 3 soll den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen...

(6) (...)

(7) Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen.

§ 36 Festbeträge für Hilfsmittel

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. ...

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest...

(3) § 35 Abs. 5 und 7 gilt entsprechend.

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten;...

Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die...

1.-5. (...)

6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie,...

Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln

§ 126 Versorgung durch Vertragspartner

(1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen; die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 bleiben Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügen, bis zum 31. Dezember 2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt.

(3) (...)

§ 127 Verträge

(1) Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, sollen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungsmöglichkeiten oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungsmöglichkeiten mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig.

(2) Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringenden Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

...

(3) Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 und 2 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer. Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen. In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 und Abs. 6 Satz 3 gilt Satz 1 entsprechend.

(4) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden.

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und auf Nachfrage über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen.

§ 139 Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(2) Soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist, können im Hilfsmittelverzeichnis indikations- oder ein-satzbezogen besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel festgelegt werden. Besondere Qualitätsanforderungen nach Satz 1 können auch festgelegt werden, um eine ausreichend lange Nutzungsdauer oder in geeigneten Fällen den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten zu ermöglichen. Im Hilfsmittelverzeichnis können auch die Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen geregelt werden.

(3)-(7)...

(8) Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Die Fortschreibung umfasst die Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2, die Aufnahme neuer Hilfsmittel sowie die Streichung von Produkten, deren Aufnahme zurückgenommen oder nach Absatz 6 Satz 5 widerrufen wurde. Vor einer Weiterentwicklung und Änderungen der Systematik und der Anforderungen nach Absatz 2 ist den Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

§ 275 Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,

2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe,...

3. eine gutachtliche Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

(1a-c)–(2) (...)

(3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,

2. (...)

3. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen

(4) (...)

Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) - Gesetzliche Unfallversicherung

§ 1 Prävention, Rehabilitation, Entschädigung

Aufgabe der Unfallversicherung ist es, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Buches

1. (...)

2. nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.

§ 31 Hilfsmittel

(1) Hilfsmittel sind alle ärztlich verordneten Sachen, die den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden mildern oder ausgleichen. Dazu gehören insbesondere Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Soweit für Hilfsmittel Festbeträge im Sinne des § 36 des Fünften Buches festgesetzt sind, gilt § 29 Abs. 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln zu regeln sowie bei bestimmten Gesundheitsschäden eine Entschädigung für Klei-

der- und Wäscheverschleiß vorzuschreiben. Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger durch gemeinsame Richtlinien.

Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

§ 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.

§ 2 Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2)-(3) (...)

§ 4 Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,

2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,

3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder

4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

(2)-(3) (...)

§ 5 Leistungsgruppen

Zur Teilhabe werden 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.

§ 6 Rehabilitationsträger

(1) Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein

1. die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
2. die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nr. 2 und 3,
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 3, die Träger der Alterssicherung der Landwirte für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
5. die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
6. (...)
7. die Träger der Sozialhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4.

(2)...

§ 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere...

1.-5. (...)

6. Hilfsmittel

§ 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.

§ 32 Verordnungsermächtigungen

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. (...)

2. Näheres zur Auswahl der im Einzelfall geeigneten Hilfsmittel, insbesondere zum Verfahren, zur Eignungsprüfung, Dokumentation und leihweisen Überlassung der Hilfsmittel sowie zur Zusammenarbeit der anderen Rehabilitationsträger mit den orthopädischen Versorgungsstellen zu regeln.

3.-4. (...)

5. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

§ 25 Akteneinsicht durch Beteiligte

(1) Die Behörde hat den Beteiligten Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten zu gestatten, soweit deren Kenntnis zur Geltendmachung oder Verteidigung ihrer rechtlichen Interessen erforderlich ist. Satz 1 gilt bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens nicht für Entwürfe zu Entscheidungen sowie die Arbeiten zu ihrer unmittelbaren Vorbereitung.

(2) Soweit die Akten Angaben über gesundheitliche Verhältnisse eines Beteiligten enthalten, kann die Behörde stattdessen den Inhalt der Akten dem Beteiligten durch einen Arzt vermitteln lassen. Sie soll den Inhalt der Akten durch einen Arzt vermitteln lassen, soweit zu befürchten ist, dass die Akteneinsicht dem Beteiligten einen unverhältnismäßigen Nachteil, insbesondere an der Gesundheit, zufügen würde. Soweit die Akten Angaben enthalten, die die Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit des Beteiligten beeinträchtigen können, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe entsprechend, dass der Inhalt der Akten auch durch einen Bediensteten der Behörde vermittelt werden kann, der durch Vorbildung sowie Lebens- und Berufserfahrung dazu geeignet und befähigt ist. Das Recht nach Absatz 1 wird nicht beschränkt.

(3) Die Behörde ist zur Gestattung der Akteneinsicht nicht verpflichtet, soweit die Vorgänge wegen der berechtigten Interessen der Beteiligten oder dritter Personen geheim gehalten werden müssen.

(4) Die Akteneinsicht erfolgt bei der Behörde, die die Akten führt. Im Einzelfall kann die Einsicht auch bei einer anderen Behörde oder bei einer diplomatischen oder berufskonsularischen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland erfolgen; weitere Ausnahmen kann die Behörde, die die Akten führt, gestatten.

(5) Soweit die Akteneinsicht zu gestatten ist, können die Beteiligten Auszüge oder Abschriften selbst fertigen oder sich Ablichtungen durch die Behörde erteilen lassen. Die Behörde kann Ersatz ihrer Aufwendungen in angemessenem Umfang verlangen.

§ 40 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Hilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Hilfsmittel mit Ausnahme der Hilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Hilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung der §§ 61, 62 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Hilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und mit Zustimmung des Bundesrates die im Rahmen der Pflegeversicherung zu gewährenden Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zu bestimmen.

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

§ 43a Inhalt der Leistungen

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256 Euro nicht überschreiten...

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(1) (...)

(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können...

§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen schließen mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln, soweit diese nicht nach den Vorschriften des Fünften Buches über die Hilfsmittel zu vergüten sind. Abweichend von Satz 1 können die Pflegekassen Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln schließen, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot verstärkt Rechnung zu tragen. Die §§ 36, 126 und 127 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Die Spitzenverbände der Pflegekassen regeln mit Wirkung für ihre Mitglieder das Nähere zur Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 Satz 2. Sie erstellen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. Pflegehilfsmittel, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind, sind gesondert auszuweisen. Im Übrigen gilt § 139 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass die Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ebenfalls anzuhören sind.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren untereinander oder mit geeigneten Pflegeeinrichtungen das Nähere zur Ausleihe der hierfür nach Absatz 2 Satz 4 geeigneten Pflegehilfsmittel einschließlich ihrer Beschaffung, Lagerung, Wartung und Kontrolle. Die

Pflegebedürftigen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind von den Pflegekassen oder deren Verbänden in geeigneter Form über die Möglichkeit der Ausleihe zu unterrichten.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 und die Festbeträge nach Absatz 3 durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen; § 40 Abs. 5 bleibt unberührt.

ANLAGE 2

Überblick über die Produktgruppen aus dem Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen

(seit 01.07.2008 Spitzenverband Bund der Krankenkassen) auch handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen; Stand 01.07.2009.

Das Gesamtverzeichnis ist veröffentlicht im Bundesanzeiger, letzte Änderung Nr. 94 vom 01.07.2009

Fundstellen im Internet z.B.:

www.bundesanzeiger.de;

www.rehadat.de;

Bezug über die gesetzlichen Krankenversicherungen, z.B.

AOK-Verlag GmbH,
Lilienthalstraße 1-3
53424 Remagen

Tel.: 02642-931-0

Email: Service@aok-verlag.de

Internet: www.aok-bv.de/service

- 01 Absauggeräte
- 02 Adaptionshilfen
- 03 Applikationshilfen
- 04 Badehilfen
- 05 Bandagen
- 06 Bestrahlungsgeräte
- 07 Blindenhilfsmittel
- 08 Einlagen
- 09 Elektrostimulationsgeräte
- 10 Gehhilfen
- 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus
- 12 Hilfsmittel bei Tracheostoma
- 13 Hörhilfen
- 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
- 15 Inkontinenzhilfen
- 16 Kommunikationshilfen
- 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
- 18 Krankenfahrzeuge
- 19 Krankenpflegeartikel
- 20 Lagerungshilfen
- 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen

- 22 Mobilitätshilfen
- 23 Orthesen/Schienen
- 24 Prothesen
- 25 Sehhilfen
- 26 Sitzhilfen
- 27 Sprechhilfen
- 28 Stehhilfen
- 29 Stomaartikel
- 31 Schuhe
- 32 Therapeutische Bewegungsgeräte
- 33 Toilettenhilfen
- 50 Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege
- 51 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene
- 52 Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität
- 53 Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden
- 54 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
- 98 Sonstige Pflegehilfsmittel
- 99 Verschiedenes

ANLAGE 3

Produktgruppen 50 – 54 des Pflegehilfsmittelverzeichnis- ses (Auszug)

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist eine Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Es ist veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr.129 vom 27.08.2008

Fundstelle und Bezugsadresse siehe Anlage Nr. 2.

(...)

50 Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

51 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene

52 Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität

53 Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

54 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

98 Sonstige Pflegehilfsmittel

(...)

ANLAGE 4

Pflegehilfsmittelverzeichnis des Verbandes der privaten Krankenversicherungen = Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegeversicherungen

vom März 2009

Fundstelle im Internet:
www.der.privatpatient.de

Bezugsadresse:
PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln

Tel: 0221-9987-0

Auf den Abdruck der vier Seiten Text wurde verzichtet.

ANLAGE 5

Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV - Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKG - WSG) im Hilfsmittelbereich

vom 27.03.2007

(Auszug)

Fundstelle im Internet z.B.:

www.ikk.de

Bezug über die gesetzlichen Krankenversicherungen

1.-3. (...)

3.3 Wirtschaftlichkeit der Versorgung

In § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V n.F. wird das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V für den Hilfsmittelbereich konkretisiert. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

Gemäß § 33 Abs. 6 SGB V n.F. wird bei ausgeschriebenen Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V n.F. der versorgende Leistungserbringer von der Krankenkasse konkret benannt mit der Ausnahme, dass im Einzelfall ein berechtigtes Interesse des Versicherten bestehen kann, einen anderen Leistungserbringer zu wählen. Ein berechtigtes Interesse kann gemäß Gesetzesbegründung auch im Falle der Entscheidung für eine aufwändigere Versorgung gegen Aufzahlung vorliegen, wenn der benannte Vertragspartner das aus berechtigten Gründen begehrte Hilfsmittel nicht vorhält.

4. (...)

5. Versorgung durch Vertragspartner der Krankenversicherung

Bei berechtigtem Interesse kann der Versicherte nach § 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V n.F. auch einen anderen Leistungserbringer als den benannten Vertragspartner wählen, wenn er die Mehrkosten selbst trägt. Um die Wirkung des Ausschreibungsinstruments nicht durch diese Ausnahmeregelung zu unterlaufen, sollte die Krankenkasse im Vorfeld der Versorgung prüfen, ob in diesem Einzelfall ein berechtigtes Interesse tatsächlich vorliegt. Ob ein berechtigtes Interesse besteht, kann nur auf Basis der individuellen Situation des Einzelfalls und der gewünschten Versorgung beurteilt werden. Liegt kein berechtigtes Interesse vor, ist eine Versorgung ausschließlich durch den oder die von der Krankenkasse benannten Vertragspartner möglich, selbst wenn der Versicherte bereit wäre, die im Einzelfall entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen. Bei nicht ausgeschriebenen Verträgen steht grundsätz-

lich ein Wahlrecht zwischen evtl. mehreren Vertragspartnern oder nach § 126 Abs. 2 SGB V n.F. versorgungsberechtigten Leistungserbringern zu.

6.-8.

9. § 127 SGB V Verträge

....Aus dem Gesetzeswortlaut des § 127 Absatz 2 Satz 1 SGB V n.F. ergibt sich, dass das Ausschreibungsinstrument vorrangig einzusetzen ist. Gemäß der Gesetzesbegründung sind bei den Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich die jeweils gültigen Vorschriften des Vergaberechts anzuwenden. Von einer Ausschreibung kann indessen abgesehen werden, sofern sie nicht zweckmäßig ist. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen gemäß § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V n.F. in der Regel nicht zweckmäßig. Kommt die Kasse aus gutem Grund zu einer anderen Einschätzung, können sie dennoch durchgeführt werden.

Ob eine Versorgung mit einem hohen Dienstleistungsanteil verbunden ist, kann pauschal nicht beantwortet werden. Bei der Bewertung, ob es sich um eine dienstleistungsträchtige Versorgung handelt, sind verschiedene Kriterien heranzuziehen. So ist beispielsweise zu prüfen, ob neben der standardmäßigen Auswahl, Anpassung und Abgabe des Hilfsmittels umfangreiche zusätzliche Arbeiten wie umfassende handwerkliche Zurichtungen, Nachbetreuerungen oder nicht standardisierbare Anpassungen anfallen, die den Charakter der Gesamtleistung maßgeblich prägen. Dabei kommt es nicht auf den monetären Wert des Sach- oder Dienstleistungsanteils an. Beschränkt sich die Dienstleistung auf die bloße Beratung oder Aufklärung, ist in aller Regel von der Sachgüterdominanz der Versorgung auszugehen.

Weitere Ausnahmefälle für den Verzicht auf eine Ausschreibung können vorliegen, wenn es in strukturschwachen Regionen nur einen einzigen geeigneten Leistungserbringer gibt, der für den betreffenden Bereich liefern kann. Eine weitere Ausnahme kann darin begründet sein, dass wegen eines besonders geringen Bedarfs der Aufwand des Ausschreibungsverfahrens in einem offensichtlichen Missverhältnis zu dem möglichen Ergebnis steht.

Keine Ausnahme von dem grundsätzlichen Ausschreibungsgebot ergibt sich dagegen, wenn z.B. Verträge über Versorgungspauschalen abgeschlossen werden sollen. Der Zweck des § 127 SGB V, möglichst umfassend im Bereich der praktisch vorkommenden Hilfsmittelverträge eine Neuregelung zur Qualitätssicherung und zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu schaffen, bestätigt dieses Ergebnis.

....Eine Wohnortnähe wird unterstellt, wenn der Versicherte z. B. mit einem Pkw oder öffentlichen Verkehrsmittel innerhalb einer angemessenen Zeit den Leistungserbringer erreichen kann oder der Leistungserbringer vertraglich die Versorgung der Region vereinbart hat und den Versicherten nach Terminvereinbarung zu Hause aufsucht bzw. frei Haus beliefert. Die Wohnortnähe hängt insbesondere von der Art des Hilfsmittels ab. Bei Produkten, die keinen Anpassungs- und Beratungsbedarf erfordern, ist eine Wohnortnähe des Leistungserbringers zum Versicherten auch dann gegeben, wenn eine zeitnahe Anlieferung bzw. Zusendung des Hilfsmittels gewährleistet ist. Dazu gehören insbesondere Verbrauchsmaterialien, die nachgeliefert werden....

ANLAGE 6

Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Beihilfevorschriften - BhV)

vom 1.1.2005
(Auszug)

Fundstelle im Internet für Bundes- und Landesbeamte z.B.:
[www.beihilfe-online.de](http://www.beihilfe-online.de;);

Bezugsadresse:

Info-Service Öffentlicher Dienst/Beamte
Höherweg 270
40231 Düsseldorf

Tel: 0180-583 52 26

§ 5 BhV, Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn

1. sie dem Grunde nach notwendig,
2. sie der Höhe nach angemessen sind und
3. die Beihilfefähigkeit nicht ausgeschlossen ist....

(2- 5) (...)

§ 6 BhV, Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

(1) Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

- 1.-3. (...)

4. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände.
2Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. Dabei kann das Bundesministerium des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen.

5. (...)

§ 12 BhV; Eigenbehalte, Belastungsrenzen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich

1. um 10 v.H. der Kosten, mindestens um 5 Euro, höchstens um 10 Euro, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei

a) (...)

b) Hilfsmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 4, bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens um 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation.

c) (...)

2.-3. (...)

4. Die Beihilfe mindert sich Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

a) (...)

b) Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des auf einen vollen Euro-Betrag abgerundeten 1,1 fachen Satzes des Mindestruhegehaltes nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 Beamtenversorgungsgesetz zuzüglich des Familienzuschlags der Stufe 1 nach § 40 Abs. 1 Bundesbesoldungsgesetz,...

(2) Beträge nach Absatz 1 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. Diese beträgt

a) 2 v.H. des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5;

b) für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, 1 v.H. des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5....

(3) Das Bundesministerium des Innern kann für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und dergleichen teilnehmen, geringere als in Absatz 1 vorgesehene Abzugsbeträge festlegen.

ANLAGE 7

Anlage 3 (Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel wie für Körperersatzstücke) zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 Beihilfe Vorschriften des Bundes (BhV) für Bundesbeamte

Fundstelle im Internet:
www.beihilfe-online.de;

Bezugsadresse:

Info-Service Öffentlicher Dienst/Beamte
Höherweg 270
40231 Düsseldorf

Tel: 0180-583 52 26

Auf den Abdruck des umfangreichen Textes wurde verzichtet.

ANLAGE 8

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL)

in der Neufassung vom 16. Oktober 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 61 S.. 462, in Kraft getreten am 7. Februar 2009

Fundstelle im Internet:

www.g-ba.de

Bezugsadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Tel: 02241-9388

(...)

A. Allgemeines

§ 1 Ziel der Richtlinie

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln.

(2) Die Richtlinie ist für die Versicherten, die Krankenkassen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen und Leistungserbringer verbindlich.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wirken auf eine einheitliche Anwendung dieser Richtlinie hin.

§ 2.(...)

§ 3 Versorgungsanspruch

(1) Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,

- einer Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen,

soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder durch Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

(2) Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, sofern sie von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind.

(3) Hilfsmittel können nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn es sich um

- a) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- b) Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
- c) Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung,
- d) Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung,
- e) Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz,
- f) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (Pflegehilfsmittel) oder
- g) Leistungen, die im Rahmen der stationären Pflege durch den Träger der Pflegeeinrichtung vorzuhalten sind,

handelt.

§§ 4, 5 (...)

§ 6 Allgemeine Verordnungsgrundsätze

(1) ¹Die Vertragsärzte treffen die Verordnung von Hilfsmitteln nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch das Gesetz und diese Richtlinie bestimmten Rahmens, um dem Versicherten eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln zukommen zu lassen. ²Die Vertragsärzte stellen sicher, dass für sie tätig werdende Ärzte diese Richtlinie kennen und beachten.

(2) Die Verordnung von Hilfsmitteln kann nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Versicherten überzeugt und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.

(3) ¹Die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) ergibt sich nicht allein aus der Diagnose. ²Unter Gesamtbetrachtung (ICF) der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind

- der Bedarf,

- die Fähigkeit zur Nutzung,
- die Prognose und
- das Ziel

einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. ³Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel (§ 3 Abs. 1) zu berücksichtigen.

(4) ¹Bei der Verordnung von Hilfsmitteln sind die Grundsätze von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten. ²Vor der Verordnung von Hilfsmitteln sollen die Vertragsärzte unter anderem prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel durch andere Maßnahmen erreicht werden kann.

(5) ¹Von gleichartig wirkenden Hilfsmitteln ist im Rahmen der Indikationsstellung das nach Art und Umfang dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechende zu verordnen. ²Das Hilfsmittelverzeichnis dient hierbei als Orientierungs- und Auslegungshilfe und bietet einen für Vergleichszwecke geeigneten Überblick. ³Eine gleichzeitige Verordnung mehrerer Hilfsmittel für denselben Anwendungsbereich kann nur sinnvoll sein, wenn durch sie eine therapeutisch zweckmäßige Synergie bewirkt wird.

(6) Eine Wiederverordnung von Hilfsmitteln ist ausgeschlossen, wenn die Gebrauchsfähigkeit des bisher verwendeten Mittels durch Änderung oder Instandsetzung erhalten werden kann.

(7) ¹Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln kann nur dann verordnet werden, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. ²Als Mehrfachausstattung sind funktionsgleiche Mittel anzusehen. ³Hinweise hierzu ergeben sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis.

(8) Die Verordnung von Maßanfertigungen ist nicht zulässig, wenn die Versorgung mit Fertigartikeln (Konfektion oder Maßkonfektion) denselben Zweck erfüllt.

(9) Die Entwicklung und damit zusammenhängende Erprobung von Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenversicherung ist unzulässig.

(10) Die Verordnung eines Hilfsmittels ist ausgeschlossen, wenn es Bestandteil einer neuen, nicht anerkannten Behandlungsmethode ist.

§ 7 Inhalt der Verordnung

(1) ¹Die Vertragsärzte sind gehalten, die Verordnung von Hilfsmitteln sorgfältig und leserlich auszustellen. ²Die Verordnungen sind auf den vereinbarten Vordruckmustern vorzunehmen. ³Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. ⁴Die Verwendung von Stempeln, Aufklebern u. ä. ist nicht zulässig.

(2) ¹In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, ferner sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu

machen. ²Der Vertragsarzt soll deshalb unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere

- die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses (soweit dort aufgeführt),
- die Anzahl und
- ggf. Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Lieferanten gewährleisten,

angeben. ³Ggf. sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

(3) ¹Bei der Verordnung eines Hilfsmittels kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. ²Das Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit dem Versicherten ausgewählt. ³Hält es der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihm freigestellt, in diesen Fällen eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen. ⁴Eine entsprechende Begründung ist erforderlich.

(4) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

(5) Für die Verordnung von Sehhilfen (Abschnitt B) und Hörhilfen (Abschnitt C) gelten Besonderheiten.

§ 8 Abgabe von Hilfsmitteln

- (1) ¹Ergibt sich bei der Anpassung/Abgabe des Hilfsmittels, dass mit dem verordneten Hilfsmittel voraussichtlich das Versorgungsziel nicht erreicht werden kann oder dass der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf das Hilfsmittel reagiert, hat der Lieferant darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und ggf. die Versorgung zu unterbrechen. ²Der Vertragsarzt prüft, ob eine Änderung oder Ergänzung der Hilfsmittelverordnung notwendig ist.
- (2) ¹Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. ²Wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.

§ 9 Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln

Der Vertragsarzt soll prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.

§ 10 Informationspflichten

Der Vertragsarzt und die Krankenkasse sollen die Versicherten – soweit nötig im Einzelfall – auf die in dieser Richtlinie genannten Regelungen hinweisen.

§ 11 (...)

B. Sehhilfe

(§§) 12 – 17 (...)

C. Hörhilfen

(§§) 18 – 27 (...)

Auf den Abdruck von B und C wurde wegen des Umfangs verzichtet.

ANLAGE 9

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsträrkungsgesetz, GKG - WSG)

vom 26.03.2007; veröffentlicht im Bundesgesetzblatt BGBl. I Nr.11, S. 378

Fundstellen im Internet z.B.:

www.bundesrat.de;

www.infomed.mds-ev.de/sindbad;

Auf den Abdruck des umfangreichen Textes wurde verzichtet.

ANLAGE 10

Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

vom März 2007

Fundstelle im Internet z.B.:

www.aok-gesundheitspartner.de

Bezug über die gesetzlichen Krankenversicherungen

Auf den Abdruck des umfangreichen Textes wurde verzichtet.

ANLAGE 11

Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der Gesetzlichen Krankenversicherung

vom 17.01.1995

Fundstellen im Internet z.B.:

www.iuris.de; www.aok.gesundheitspartner.de;

Bezug über die gesetzlichen Krankenversicherungen

Aufgrund des **§ 34 Abs. 4 SGB V** wird verordnet:

§ 1 Sächliche Mittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen

Von der Versorgung sind ausgeschlossen:

1. Kompressionsstücke für Waden und Oberschenkel; Knie- und Knöchelkompressionsstücke
2. Leibbinden (Ausnahme: bei frisch Operierten, Bauchwandlähmung, Bauchwandbruch und bei Stoma-Trägern)
3. Handgelenkriemen, Handgelenkmanschetten
4. Applikationshilfen für Wärme und Kälte
5. Afterschließbandagen
6. Mundsperrer
7. Penisklemmen
8. Rektophore
9. Hysterophore (Ausnahme: bei inoperablem Gebärmuttervorfall)

§ 2 Sächliche Mittel mit geringem Abgabepreis

Von der Versorgung sind ausgeschlossen:

1. Alkoholtupfer
2. Armtragetücher
3. Augenbadewannen
4. Augenklappen
5. Augentropfpipetten
6. Badestrümpfe, auch zum Schutz von Gips- und sonstigen Dauerverbänden
7. Brillenetuis
8. Brusthütchen mit Sauger
9. Druckschutzpolster (Ausnahme: Dekubitusschutzmittel)
10. Einmalhandschuhe (Ausnahme: sterile Handschuhe zur regelmäßigen Katheterisierung und unsterile Einmalhandschuhe bei Querschnittsgelähmten mit Darmlähmung zur Darmentleerung)
11. Energieversorgung bei Hörgeräten für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben

12. Fingerlinge
13. Fingerschienen
14. Glasstäbchen
15. Gummihandschuhe
16. - gestrichen -
17. Ohrenklappen
18. Salbenpinsel
19. Urinflaschen
20. Zehen- und Ballenpolster, Zehenspreizer

ANLAGE 12

Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen für die Höhe des vom Versicherten zu zahlenden Eigenanteils bzw. des von den Krankenkassen zu zahlenden Zuschusses bei der Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln

vom 29.04.2003

Fundstelle im Internet z.B.:

www.aok.gesundheitspartner.de

Bezug über die gesetzlichen Krankenversicherungen

Auf den Abdruck des umfangreichen Textes wurde verzichtet.

ANLAGE 13

Bekanntmachung der Spitzenverbände der Krankenkassen über die bundesweite neue Festsetzung von Festbeträgen für Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Sehhilfe, Stomaartikel gem. § 36 SGB V

vom 23.10.2006; veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, Nr.216a

Fundstelle der aktuellen Festbetragstabellen im Internet z.B.:
www.aok.gesundheitspartner.de

Bezug über die gesetzlichen Krankenversicherungen.

Festbetragsgruppensysteme und Festbeträge

- für Hörhilfen, Inkontinenzhilfen und Stomaartikel
- gültig seit dem 1. Januar 2007
- für Einlagen
gültig seit dem 1. März.2008
- für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und Sehilfen
gültig seit dem 1. Januar 2008

Diese aktuellen Fassungen der Festbetragsgruppensysteme und Festbeträge können im Internet abgerufen werden.

Auf Abdruck des umfangreichen Texts wurde verzichtet.

ANLAGE 14

Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV ModernisierungsG)

vom 14.11.2003, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt BGBL I 2190

Fundstellen im Internet z.B.:

www.bundesrat.de;

www.infomed.mds-ev.de/sindbad;

Auf Abdruck des umfangreichen Texts wurde verzichtet.

ANLAGE 15

Empfehlungen zur Hilfsmittel-Begutachtung bei Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 Abs. 2, Satz 4 SGB V

vom 08.06.2009

Fundstelle im Internet:

www.mds-ev.org

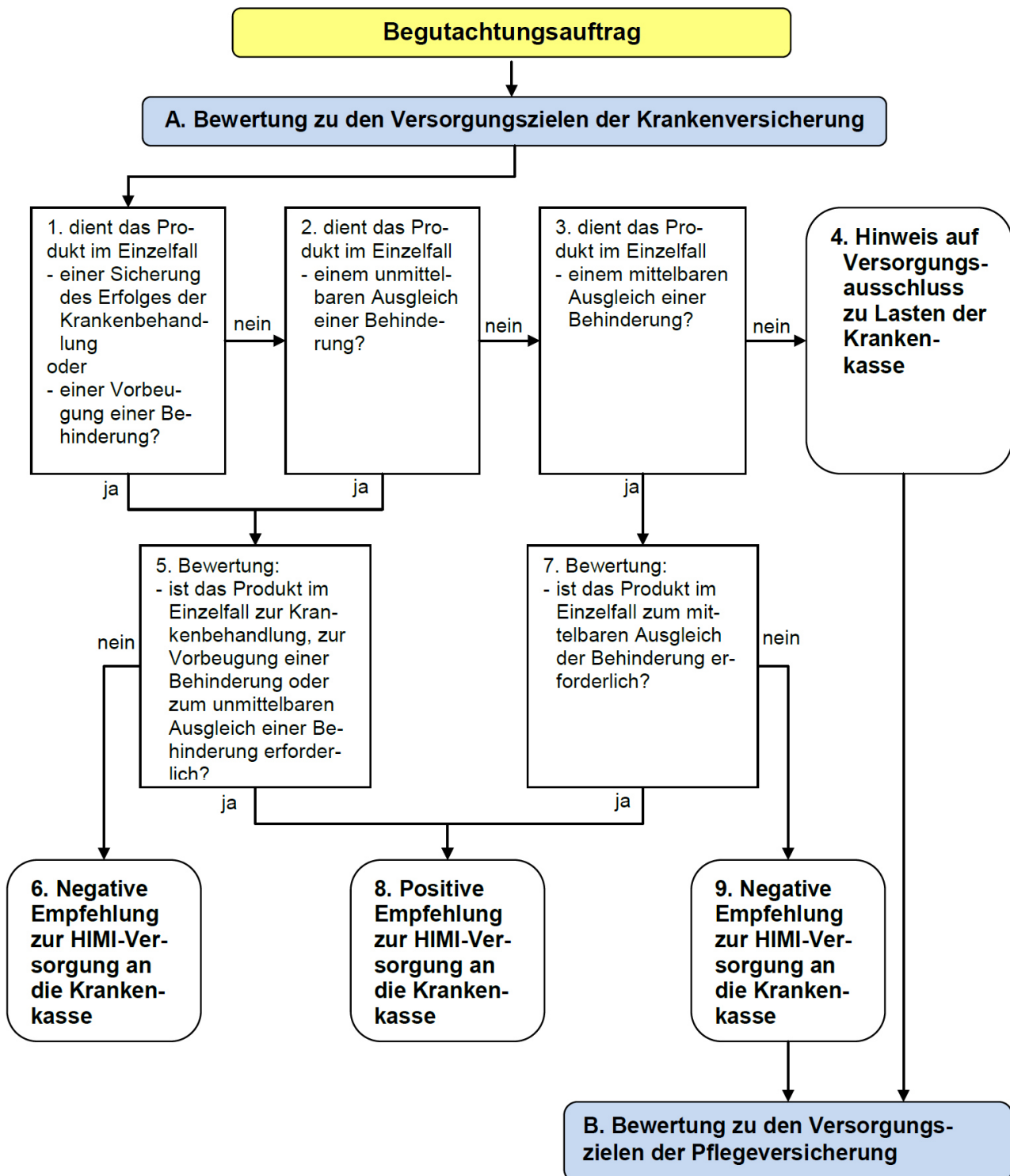
Bezugsadresse:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands
Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
Lützowstr. 53
D – 45141 Essen
Tel: 0201 8327-0

1. (...)
2. **Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Einzelfallberatung und -Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen bei bestehender Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege**
 - 2.1. (...)
 - 2.2 **Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung**
 - 2.2.1 **Empfehlungen zur Hilfs-/Pflegehilfsmittelversorgung im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit**

Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste sind aufgefordert, sowohl bei Erst- als auch bei Folgegutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit Empfehlungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln auszusprechen.
 - 2.2.2 (...)
 - 2.3 **Kriterien/Maßstäbe zur Begutachtung von Hilfsmittelversorgung bei bestehender Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege**

2.3.1 Bearbeitungsschritte der Einzelfallbegutachtung



2.3.2 Erläuterungen zu den Bearbeitungsschritten der Einzelfallbegutachtung (auf Abdruck wird wegen des Umfangs verzichtet, Anmerkung der Verfasserin)

3. Ergebnismitteilung bei der Prüfung der Notwendigkeit der Hilfs-/ Pflegehilfsmittelversorgung im Einzelfall

Die Ergebnisdokumentation hat den üblichen sozialmedizinischen Standards zu genügen.

In Fällen, in denen die medizinischen Voraussetzungen einer Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nicht vorliegen, aber mit der Versorgung die Zwecke nach § 40 Abs. 1 SGB XI erreicht werden, ist vor allem darzulegen:

- Begutachtungsanlass,
- vorgelegte Unterlagen,
- zusammenfassende Angaben zur Krankheits- und Pflege-Vorgeschichte sowie relevante Angaben zum Befund (vor allem Angaben zu relevanten Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie den angegebenen pflegerelevanten Diagnosen; bei Auswertung eines Pflegegutachtens genügt eine knappe Darstellung, wenn auf den Inhalt des Pflegegutachtens und die dort hinterlegten, entscheidungsrelevanten Fakten verwiesen wird),
- sozialmedizinische Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers (vor allem Angaben zur Erreichung des Versorgungszieles und zur Prognose unter Berücksichtigung des Pflegegutachtens und der Kriterien des Kapitels 2.3.), ggf. Hinweise auf Versorgungsalternativen (z.B. wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI),
- sozialmedizinische Empfehlung unter Darlegung,
 - warum eine Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nicht empfohlen wird,
 - für welche Verrichtung und in welchem Umfang das Produkt im Rahmen der Pflege eingesetzt werden soll und
 - ob der Einsatz des Produktes den Zwecken nach § 40 Abs. 1 SGB XI dient.

INFORMATIONSDRESSSEN

Sie finden hier einige Adressen zum Thema Hilfsmittel. Es handelt sich um eine beispielhafte kleine Auswahl, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Sie soll Ihnen bei der Suche nach weiteren und aktuellen Informationsquellen behilflich sein.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Alexanderstraße 3

11018 Berlin

Telefon: 01801-9070-50

E-Mail: poststelle@bmfsfj.bund.de

www.bmfsfj.de

Bundesministerium für Gesund- heit

Rochusstr. 1

53123 Bonn

Telefon: 0228-99 441-0

Friedrichstraße 108

11055 Berlin

Telefon: 030-18 441-0

E-Mail: poststelle@bmg.bund.de

www.bmg.de

Bürgertelefon²²¹:

zum Versicherungsschutz:

01805-99 66-01

zur Krankenversicherung:

01805-99 66-02

zur Pflegeversicherung:

01805-99 66-03

Publikationsversand:

Publikationsversand der Bundesregie-
rung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

Tel.: 01805-77 80 90

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bundesregierung.de

Newsletter:

www.bmg-newsletter.de

Fundstellen für Gesetze:

Gesetze zum Gesundheitsbereich unter
Stichwort: ‚Gesetze‘ über die Website

des BMG www.bmg.bund.de

oder alle Gesetze und Verordnungen

www.gesetze-im-internet.de

www.bundesanzeiger.de

E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de

Amtliche Fassung zu beziehen von:

Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft
mbH

Amsterdamer Str. 192

50735 Köln

²²¹ kostenpflichtig vom Festnetz 14 Ct/Min

Richtlinien und Rahmenvereinbarungen der Krankenkassen zum Thema Hilfsmittel:

Internetseite der

AoK

www.aok.gesundheitspartner.de

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) Stabsstelle Wissensmanagement

Lützowstraße 53
45141 Essen

Telefon: 0201-8327-0

E-Mail: office@mds-ev.de

www.mds-ev.org.de

Informationen über Versicherungen:

Banken- und Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn

Telefon: 0228-4108-0

www.bafin.de

Bundesversicherungsamt

Friedrich-Ebert Allee 38

53113 Bonn

Telefon: 0228-619-0

E-Mail: poststelle@pva.de

www.bundesversicherungsamt.de

IKK-Bundesverband

Innungskrankenkasse

Friedrich-Ebert-Straße/TechnologiePark

51429 Bergisch Gladbach

Telefon: 02204-44-0

Infotelefon: 01802-4 55 22 55

E-Mail: ikk-online@bv.ikk.de

www.ikk.de

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)

Postfach 51 10 40

50946 Köln

Telefon: 0221-9987-0

E-Mail : derprivatpatient@pkv.de

www.derprivatpatient.de

Liste aller gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen mit Adressen:

www.krankenkassentarife.de

E-Mail: kontakt_krankenkassentarife.de

Infoservice Öffentlicher Dienst/Beamte

Höherweg 270

40231 Düsseldorf

Telefon: 01805-83 52 26

E-Mail: [infoservice@beamten-](mailto:infoservice@beamten-informationen.de)

informationen.de

www.beihilfe-online.de

Informationen über Hilfsmittel:

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 84-88

50968 Köln

Telefon: 0221-4981-812

www.rehadat.de

Liste von aktuellen Ausschreibungen

der Krankenversicherungen für Hilfsmittel:

www.hilfsmittelmanager.eu

S I N D B A D - die Sozialmedizinische Informationsdatenbank für Deutschland:

[www.infomed.mds-](http://www.infomed.mds-ev.de/sindbad_frame.htm)

ev.de/sindbad_frame.htm

Europäisches Netzwerk mit Informationen zu technischen Hilfsmitteln (EASTIN):
www.incobs.de

Fundstellen für Gerichtsentscheidungen:

Bundessozialgericht

Postfach 410220
34114 Kassel
Telefon: 0561-3107-1
www.bsg.bund.de

Dort finden sich unter den Stichworten wie z.B. ‚Krankenversicherung‘ die einschlägigen Entscheidungen; außerdem auch eine Liste der anhängigen Verfahren.

Unter der Kategorie ‚Medien‘ sind Pressemitteilungen und Termine zu den anhängigen Verfahren abzurufen.

Sozial- und Landessozialgerichte:

Gerichtsadressen aller Sozial- und Landessozialgerichte in der Bundesrepublik Deutschland sowie veröffentlichte Urteile finden Sie unter:
www.sozialgerichtsbarkeit.de

Unter Rubrik ‚Verfahren‘ ist erklärt, wie ein Verfahren beim Sozialgericht abläuft.

Weitere Informationsstellen:

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Frau Helga Kühn-Mengel
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108

11017 Berlin
Telefon: 030-9025-2010
www.patientenbeauftragter.de

Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V.

Siebenmorgenweg 6–8
53229 Bonn
Tel.0228-9090480 Fax: 0228-90904822
E-Mail: info@biva.de
www.biva.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen

Waltherstraße 16 a
80337 München
Telefon: 089-76 75 51 31
E-mail: mail@bagp.de
www.patientenstellen.de

BAG Selbsthilfe-

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Telefon: 0211-310 06-0
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
www.bag-selbsthilfe.de

Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) e.V.

Lehrstrasse 6
64646 Heppenheim/Bergstrasse
Telefon: 06252-94298-0
Email: info@dgvp.de
www.dgvp.de

Inkontinenz Selbsthilfe e.V.

Berliner Strasse 13 - 15
35415 Pohlheim
Telefon: 06403- 96 97 933
kontakt@inkontinenz-selbsthilfe.de
www.inkontinenz-selbsthilfe.com

**Unabhängig Patientenberatung
Deutschland (UPD) gemeinnützige
GmbH**

Breite Straße 8

33602 Bielefeld

Telefon: 0521-133561

e-mail: bielefeld@upd-online.de

www.upd-online.de

**Aktionsbündnis für Wahlfrei-
heit bei medizinischen Hilfsmitteln**

Das Aktionsbündnis ‚Freie Wahl‘ ist ein
Zusammenschluss von Menschen mit
Behinderungen, Selbsthilfevereinigun-

gen, Hilfsmittelherstellern und Versor-
gungspartnern, die sich für das Recht
von Betroffenen auf Mitsprache bei der
Versorgung mit medizinischen Hilfsmit-
teln einsetzen.

Aktionsbündnis "meine Wahl!"

c/o Weber Shandwick

Schönhauser Allee 37

10435 Berlin

Tel.: 030-203-510

www.buendnis-meine-wahl.de

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AVB/KK	Allgemeine Versicherungsbedingungen der Krankenkassen
Az.	Aktenzeichen
BGBL	Bundesgesetzblatt
BhV	Beihilfeverordnung
BKK	Betriebskrankenkasse
BSG	Bundessozialgericht
BVG	Bundesversorgungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
etc.	etcetera
evtl.	eventuell
Fn.	Fußnote
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-WSG	Gesetzliche Krankenversicherung-Wettbewerbsstärkungsgesetz
HilfsM-RL	Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertrags- ärztlichen Versorgung
HeimG	Heimgesetz
i.V.m.	in Verbindung mit
KV	Krankenversicherung
LSG	Landessozialgericht
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Nr.	Nummer
S.	Seite
SG	Sozialgericht
SGB I	Sozialgesetzbuch, 1. Buch, Allgemeiner Teil
SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch, 6. Buch, Gesetzliche Rentenversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch, 9. Buch, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Sozialgesetzbuch, 10. Buch, Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Sozialgesetzbuch, 11. Buch, Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch, 12. Buch, Sozialhilfe
SGG	Sozialgerichtsgesetz
VG	Verwaltungsgericht
Vgl.	vergleiche
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
z.B.	zum Beispiel
ZPO	Zivilprozessordnung

STICHWORTVERZEICHNIS

Abgrenzung der Zuständigkeit von Krankenversicherung und Heim	43
Abgrenzung je nach Einzelfall	47
Abgrenzungskatalog als Orientierungshilfe	49
Abgrenzungskatalog zur Hilfsmittelversorgung in Heimen	46
Ablehnung des Beihilfeantrags	83
Ablehnungsbescheid	75
Abschlagszahlungen bei verzögerter Entscheidung	82
Akteneinsichtsrecht	77
Allgemeine Grundbedürfnisse des täglichen Lebens	21
Allgemeine Informationsquellen	13
Alternative Bezugsmöglichkeit nur bei berechtigtem Interesse	38
Anspruch auf Anpassung und Ausbildung im Gebrauch	66
Anspruch auf Basisausgleich	23
Anspruch auf Fallmanagement	14
Anspruch auf Kostenübernahme für Änderung, Reparatur, Ersatzbeschaffung,	65
Anspruch auf Wartung und technische Kontrolle	66
Anspruchsvoraussetzungen	26
Antragsunterlagen für Hilfsmittel	30
Antragsverfahren bei der gesetzlichen Krankenversicherung	73
Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln	32
Ärztliche Empfehlung für Pflegehilfsmittel	31
Ärztliche Verordnung	25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36
Ausbildung im Gebrauch von Hilfsmitteln	66
Ausgleich einer Behinderung	21
Auskunft über Krankheitsbild	77
Auslegung im Einzelfall	49
Ausnahmen sind (zu)zahlungspflichtig	58
Ausnahmen von der Festbetragsbindung	57
Ausschreibungsverfahren	37
Außergerichtliche Einigung	83
Ausstattungspflicht der Behinderteneinrichtungen	42
Ausstattungspflicht der Pflegeeinrichtungen	42
 Begriff Behinderung	 20
Begriff Pflegehilfsmittel	10
Beihilfe	63
Beihilfeberechtigte	36, 67
Belastungsgrenze für Beihilfeberechtigte	63
Belastungsgrenze für gesetzliche Zuzahlungen	53
Beratung durch MDK	77
Beratung und Dienstleistungen	38
Beratungshilfe	81, 83, 84
Beratungspflicht des Pflegeheimes	16

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde	79
Beschwerde bei der Patientenbeauftragten der Bundesregierung	78
Bewilligungsbescheid	80
Bundeseinheitliche Festpreise	55
Bundessozialgericht, anhängige Rechtsfragen	70
Bundesweit einheitliche Hilfsmittelversorgung	69
Dringender Hilfsmittelbedarf	80
Eigenanteil	54, 55
Eigene Finanzierung	50
Eilverfahren	81
Einsparung	88
Erforderlichkeitsprüfung durch MDK oder Pflegefachkraft	76
Erstattungsanspruch in Geld	27
Erstattungshöhe je nach Versicherungstarif	62
Exklusivverträge	37
Ersatzbeschaffung	66
Fahrtkostenerstattung	70
Fest eingebaute Hilfsmittel	11
Festpreise	56
Festpreise für Beihilfeberechtigte	63
Freie Verordnung von Hilfsmitteln	31
Fristen	83
Gebot der Wirtschaftlichkeit	32
Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens	11, 29
Gerichtsurteile	49
Gesetzesänderungen im Überblick	86
Gesetzliche Zuzahlung	51, 64
Gesundheitsreform, Pflegeversicherungsreform	85
Grundausstattung des Heims	85
Gutachten durch MDK	77
Häufige Fragen	68
Hilfe durch Heimaufsicht	85
Hilfsmittel im Heim	40
Hilfsmittel im Heim, Abgrenzung	47
Hilfsmittel für Beihilfeberechtigte	28
Hilfsmittel für privat Krankenversicherte	26
Hilfsmittel gleichzeitig Gebrauchsgegenstand	55
Hilfsmittel im Heim zum Behinderungsausgleich	44
Hilfsmittel im Heim zur Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses	44
Hilfsmittel im Heim zur Behandlungspflege	44
Hilfsmittel im Heim zur individuellen Nutzung	44
Hilfsmittel im Heim zur Krankheitsbehandlung	44
Hilfsmittel mit Doppelfunktion	45
Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis	50

Hilfsmittel von geringem therapeutischem Nutzen	50
Hilfsmittel zu Festpreisen	56
Hilfsmittel zu Rabattpreisen	57
Hilfsmittel zum Verbrauch	11
Hilfsmittelausstattung als Investitionskostenanteil	52
Hilfsmittelbegriff	9
Hilfsmittelrichtlinie	67
Hilfsmittelkataloge der privaten Krankenversicherungen	26
Hilfsmittelverzeichnis	12, 24, 25
Höchstbeträge	30
Höhere Zuzahlung bei Nichtvertrags-Hilfsmittellieferanten	59
Informationen	12, 13, 14, 15
Information über neue Hilfsmittel	70
Informationspflicht des MDK	77
Informationspflicht des Pflegeheims	16
Informationspflicht	14
Keine Auswahl bei Rabattpreisartikeln	57
Keine einheitliche Regelung für Beihilfeberechtigte	29
Keine Zuzahlung zu den Rabattpreisartikeln	57
Klage vor den Zivilgerichten	83
Klage vor Sozialgericht	81
Klage vor Verwaltungsgericht	84
Kostenerstattung	29
Kostenerstattung als Ausnahme	79
Kostenfolgen	38
Kostenträger für Hilfsmittel zur Krankheitsbehandlung	18
Kostenträger für Pflegehilfsmittel im Heim	18
Kostenträger für Pflegehilfsmittel zu Hause	18
Kostenübernahmeerklärung	36
Kostenvoranschlag für die gesetzliche Krankenversicherung	36
Kostenzusage von der gesetzlichen Krankenversicherung	36
Lagerungsprobleme im Pflegeheim	89
Leihe	64
Leihe bei privat Krankenversicherten	65
Leistungseinschränkung	29
Liste genehmigungsbedürftiger Hilfsmittel	29
Lobbyarbeit	79
Lücke im Versicherungsschutz	28
Marktveränderungen	88
Mehrfachausstattung	24
Miete	64
Mietkosten	65
MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen)	76, 77, 78, 79

Neuanschaffung bei Gebrauchsvorteil	67
Neubeschaffung	66
Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	51
Notwendigkeit des Hilfsmittels	24
Offene Fragen	89
Persönliche Untersuchung durch MDK	77
Persönliches Gespräch mit Sachbearbeitern	75
Personeller Mehraufwand	89
Petition	79
Pflegebedingte Anlagegüter	11
Pflegehilfsmittel	10
Pflegehilfsmittel auf bloßen Antrag	32
Pflegehilfsmittel im Heim	52
Pflegehilfsmittel in der häuslichen Pflege	32, 52
Pflegehilfsmittel in der stationären Pflege	32
Pflegehilfsmittel, technische	10
Pflegehilfsmittel zur Grundpflege	41
Pflegehilfsmittel mit Doppelfunktionen	33
Pflegehilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Pflegeversicherung	12
Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegeversicherung	12
Preissenkung	89
Privat Versicherte	35, 36, 67
Produkte zur Schönheitspflege	41
Produktqualität	38
Prozesskostenhilfe	81,83, 84
Rahmenverträge	39
Rabattpreise	37
Rahmenvereinbarungen mit Hilfsmittellieferanten	59
Recht auf angemessene Ausstattung	42
Recht auf Entscheidung	78
Rechtsschutzversicherung	81,83, 84
Rechtliche Möglichkeiten bei Ablehnung des Hilfsmittelanspruchs	72, 80
Rechtliche Möglichkeiten für Privatversicherte	82
Rechtsbeistand	78
Rechtsrat	81,83, 84
Reformziel	88
Rechtssprechung	68
Reparaturkosten	63
Rolle des Fachhandels	37
Rollstuhl für den Urlaub	68
Rollstuhl im Heim	45
Schutzserviette als Pflegehilfsmittel	69
Selbsthilfe	79
Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung	20
Skizze für Antragsverfahren	74
Spitzenverband Bund der Krankenkassen	12

Stellungnahme zur beabsichtigten Entscheidung	75
Steuerliche Absetzungsfähigkeit	54, 64
Strukturreform	88
Tarifwahl	27
Teilhabe	19
Teilnahme am technischen Fortschritt	67
Transparenz	88
Übergangsregelungen	39
Übersicht zur Art der Verordnung von Hilfsmitteln	34
Unrechtmäßige Ablehnung der Leistung	79
Untätigkeitsklage	78
Unterhaltungskosten	63
unterschiedliche Kostenträger	16
Vernetzung der Leistungsangebote	88
Versicherungsbedingungen und Tarifwahl	27
Versorgungsqualität	88
Vertragspartner der Krankenversicherung	37
Verweigerung des Hilfsmittels durch Heim	85
Verzögerung der Bewilligung	78
Vollständige Unterlagen	75
Vorbeugung einer drohenden Behinderung	20
Vorhaltepflcht der Pflegeeinrichtung	40
Wahlfreiheit	37, 89
Wahlrecht	24
Wartezeit auf Hilfsmittel	68
Wettbewerb	88
Widerspruch	80, 81, 84
Widerspruchsbescheid	80
Widerspruchsfrist	80
Wirtschaftliche Zuzahlung	54
Wirtschaftlichkeit des Hilfsmittels	23
Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen	11
Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	51
Zumutbarkeit der Versorgung	39
Zusammenfassung der Zuzahlungen	61
Zuschuss zum Hilfsmittel	55
Zuständiger Kostenträger	17
Zuzahlungen	50
Zuzahlung bei besonderer Ausstattung	60
Zuzahlung bei Reparatur	60
Zuzahlungen bei Ersatzbeschaffung, Zurüstung oder Wunschausstattung	66
Zuzahlungen direkt an den Hilfsmittellieferanten	53
Zuzahlungsbefreiung auf Antrag	53
Zuzahlungsregelung für Sozialhilfebezieher im Heim	53