

# WEGBEGLEITER

Gemeinsam in Deine Zukunft



## Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Editorial   | 2  |
| <u>Teilhabe trotz Handicap – mit Recht!</u>   | 3  |
| <u>Rechtliche Grundlagen der Hilfsmittelversorgung</u>                              | 6  |
| <u>Erfahrungsbericht Peer: Katja Hettwer</u>  | 19 |
| <u>Erfahrungsbericht Peer: David Lebuser</u>  | 20 |
| <u>Gut zu wissen: Was sind eigentlich Hilfsmittel?</u>                              | 21 |
| <u>Unser Kooperationspartner ARGE Recht und Soziales der Fördergemeinschaft FGQ</u> | 22 |
| <u>Bildnachweis Impressum</u>   | 23 |



Liebe Leserinnen,  
liebe Leser,

in diesem Heft beschäftigen wir uns mit einem scheinbar sehr trockenen Thema: Sozialrecht, und da speziell mit den Hilfsmitteln. Sie werden aber sehr schnell bemerken, dass dieses Thema Sie ganz elementar und wiederkehrend betrifft. Denn die Frage, wie viele Blasenkateter und Inkontinenzeinlagen Ihnen die Kasse bewilligt, und welches Rollstuhlmodell Sie nutzen können und ob der Autoubau bezahlt wird, das alles beeinflusst Sie ganz unmittelbar in Ihrer Lebensführung und Lebensqualität.

Da ist es interessant zu lesen, wie unser Peer mit der Situation umgegangen ist. Was sie erlebt hat, war für sie nicht angenehm. Andererseits zeigt es auch die Grenzen, innerhalb derer die Krankenkasse nur entscheiden kann. Das Sozialgesetzbuch ist umfangreich und voller Paragraphen, die für den Laien auch nicht immer wirklich klar verständlich sind. Unsere Experten versuchen hier zu erklären und einen Weg durch den Antrags- und Ent-

scheidungsdschungel zu weisen.

Dabei ist es sicher auch hilfreich zu erfahren, dass man sich gegen eventuelle Fehlentscheidungen der Sozialleistungsträger wirksam zur Wehr setzen kann, sogar bis vor Gericht.

Manche Frage wird auf den folgenden Seiten beantwortet, sicher bleiben aber noch einige Punkte offen. Zögern Sie nicht, uns anzusprechen, wie immer unter

**Telefon: (089) 992 886-266**

**E-Mail: [wegbegleiter@hollister.com](mailto:wegbegleiter@hollister.com)**

Für heute mit herzlichen Grüßen

*Ihr Wegbegleiter-Team*



## Teilhabe trotz Handicap – mit Recht!

Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die Teilhabe am Arbeitsleben und die medizinische Rehabilitation stellen wichtige Elemente im Rahmen der Verwirklichung des individuellen Lebenstraums mit Handicap dar.

Die passende Hilfsmittelversorgung bildet dazu einen wesentlichen Grundstein. Ist hier das richtige Fundament gegossen, kann ein solides Haus des Lebens entstehen. Nur wer seine Sozialrechte kennt und weiß, wo er welche Ansprüche geltend machen kann, hat den Kopf frei für die wirklich wichtigen Dinge im Leben.

### Auf dem Weg zur Leistung

Deutschland ist ein sozialer Rechtsstaat. Dahinter verbirgt sich der Grundsatz, dass die Gemeinschaft dafür einsteht, denjenigen Unterstützung zu geben, die zur gleichberechtigten Lebensführung der Hilfe der Gemeinschaft aller bedürfen. Ergänzt wird dieser Grundsatz durch die Säulen der Sozialversicherungen (z. B. gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung), auf deren Leistungen man bauen kann, wenn man Beiträge in die entsprechenden Systeme eingezahlt hat. Sozial(versicherungs)leistungen haben alle eines gemeinsam: Sie sollen dem Anspruchsinhaber helfen, ein möglichst unbeeinträchtigtes und „normales“ Leben zu führen.

Am Anfang eines Verfahrens über Sozialleistungen steht daher in der Regel eine Vision, ein Wunsch nach Teilhabe und Normalität.

---

**Aufgabe der Sozialversicherungen ist es, hilfebedürftigen Menschen ein „normales“ Leben und die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen.**

---

Menschen mit Behinderung haben wie alle Menschen Ziele und den Wunsch nach Normalität. Durch Gespräche mit Freunden, Ärzten, Therapeuten und anderen Wegbegleitern erhalten wir stetig wertvolle Hinweise auf mögliche Ansprüche, die den Alltag erleichtern können und ein Stück mehr Normalität in unser Leben zurückbringen.

### Das Antragsverfahren

Abhängig vom jeweiligen Sozialrechtszweig wird ein Verfahren durch die Stellung eines Antrags oder durch die Einleitung des Verfahrens von Amts wegen eröffnet. Den Grundsatz bildet hierbei das Antragsverfahren.

So werden insbesondere Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, der Rentenversicherung oder der Agentur für Arbeit auf Antrag gewährt. Verfahren über Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung eröffnet die Unfallversicherung hingegen von Amts wegen, sobald sie Kenntnis von einem entsprechenden Sachverhalt erhält, in der Regel über die Unfallanzeige des Betriebs oder des Durchgangsarztes.

Alle Sozialleistungsträger sind verpflichtet, über etwaige Ansprüche in der konkret vorgetragenen Situation zu beraten und bei der korrekten und umfassenden Antragstellung behilflich zu sein.



### Unser Experte

Rechtsanwalt Christian Au ist Gründer der Anwaltskanzlei Au, einer Fachkanzlei für Sozialrecht und das Recht behinderter Menschen in Buxtehude bei Hamburg. Darüber hinaus ist Christian Au ehrenamtlicher Behindertenbeauftragter der Hansestadt Buxtehude und Mitglied des Gemeinderats der Gemeinde Jork, wo er unter anderem den Vorsitz des Ausschusses für Jugend, Soziales und Sport innehat. Als Rechtsanwalt berät und vertritt er bundesweit Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen. Verschiedene Vereine wie zum Beispiel der Bundesverband behinderter Pflegekinder bieten ihren Mitgliedern den besonderen Service einer Erstberatung bei Christian Au. Als Lehrbeauftragter an der Medical School Berlin und der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Holzminden, vermittelt er Studierenden verschiedener Studiengänge die Grundzüge des Sozialrechts.

Anträge unterliegen in der Regel keinerlei Formerfordernissen, sie können daher schriftlich, persönlich zur Niederschrift, telefonisch, per E-Mail oder per Fax gestellt werden.

Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist neben dem Antrag beispielsweise für die Gewährung von Hilfsmitteln eine ärztliche Verordnung erforderlich. Empfehlenswert ist es zudem, sich bereits frühzeitig mit einem Sanitätshaus oder einem anderen Hilfsmittelversorger in Verbindung zu setzen. Diese geben häufig auch wertvolle Tipps zu den Formulierungen auf der ärztlichen Verordnung.

Das Führen des Verfahrens kann einem Bevollmächtigten übertragen werden. Zu persönlichen Terminen darf eine dritte Person als Beistand mitgebracht werden.

---

## Der Sozialleistungsträger ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen.

---

Der Antragsteller ist allerdings im Rahmen des Verfahrens gewissen Mitwirkungspflichten im Interesse einer umfassenden Sachverhaltsermittlung unterworfen, die ihre Grenzen in verschiedenen Ausprägungen der Verhältnismäßigkeit finden.

Hat der Träger seines Erachtens alle anspruchsrelevanten Umstände ermittelt, schließt er das Antragsverfahren mit einem Bescheid ab.

Grundsätzlich soll der Träger über den Antrag innerhalb von sechs Monaten entscheiden. Versäumt er diese Frist ohne zwingenden Grund, kann er durch eine Untätigkeitsklage beim Sozialgericht zu einer Entscheidung gezwungen werden.

Der Bescheid sollte aus der Entscheidung über die Bewilligung oder Versagung der beantragten Leistung und, im Falle der Versagung, einer Begründung der Entscheidung bestehen. Den Abschluss eines versagenden Verwaltungsaktes bildet die Belehrung über die rechtlichen Möglichkeiten zur Überprüfung des Ablehnungsbescheids – die Rechtsbehelfsbelehrung.

Mit dem Bescheid ist das Antragsverfahren abgeschlossen.

## Das Widerspruchsverfahren

Wurde die begehrte Leistung abgelehnt oder statt der beantragten eine andere Leistung bewilligt, so besteht das Recht, gegen diese Entscheidung Widerspruch einzulegen. Der Widerspruch muss schriftlich oder persönlich in einer Niederlassung des entsprechenden Trägers erklärt werden. Ein telefonisch oder per E-Mail eingelegter Widerspruch ist NICHT ausreichend. Auch alle anderen Behörden sind zur Entgegennahme des Widerspruchs verpflichtet und leiten diesen dann an den richtigen Träger weiter.

Die Frist zur Einlegung des Widerspruchs beträgt einen Monat ab Bekanntgabe der Entscheidung des Trägers. Im Falle einer fehlenden oder unrichtigen Rechtsbehelfsbelehrung kann der Widerspruch binnen eines Jahres eingelegt werden.

Grundsätzlich soll der Träger über den Widerspruch innerhalb von drei Monaten entscheiden, sei es durch Abhilfe (also Bewilligung der Leistung) oder durch Zurückweisung des Widerspruchs durch einen Widerspruchsbescheid. Versäumt er diese Frist ohne zwingenden Grund, kann er wiederum durch eine Untätigkeitsklage beim Sozialgericht zu einer Entscheidung über den Widerspruch gezwungen werden.

Der Widerspruchsbescheid muss die Entscheidung über den Widerspruch sowie eine Begründung der Entscheidung enthalten. Am Ende des Widerspruchsbescheids informiert die Rechtsbehelfsbelehrung über die für eine Klage einzuhaltende Monatsfrist und das für die Klage zuständige Sozialgericht.

▷ Mit Ausnahme der gesetzlichen Unfallversicherung müssen die Leistungen aller anderen Sozialleistungsträger beantragt werden.

▷ Der Sozialleistungsträger ermittelt den Sachverhalt, wobei der Antragsteller mitwirken muss. Das Antragsverfahren wird mit einem Bescheid abgeschlossen.

▷ Wird der Antrag durch den Sozialleistungsträger abgelehnt, so kann dagegen innerhalb eines Monats schriftlich oder persönlich Widerspruch eingelegt werden. Über den Widerspruch muss innerhalb von drei Monaten entschieden werden.



## Das Klageverfahren

Wurde der Widerspruch ganz oder teilweise zurückgewiesen, ist gegen den Widerspruchsbescheid der Klageeröffnung eröffnet. Als besonderes Entgegenkommen gegenüber den Klägern im Sozialrecht ist hier ausnahmsweise das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Kläger seinen Wohnsitz hat. Die Klage ist innerhalb eines Monats ab Zugang des Widerspruchsbescheids schriftlich oder zur Niederschrift in der Geschäftsstelle des Sozialgerichts zu erheben. Im sozialgerichtlichen Verfahren wird auf Antrag ein unabhängiges Sachverständigengutachten eingeholt. Die medizinischen Dienste der Sozialleistungsträger, die im Antrags- und Widerspruchsverfahren Begutachtungen durchführen, werden hierfür nicht eingesetzt.

## Das sozialgerichtliche Eilverfahren

Widerspruchs- und Klageverfahren sind in der Regel leider sehr langwierig. Häufig sind aber Leistungen Gegenstand der Verfahren, auf die der Antragsteller nicht lange warten kann, ohne dass ihm erhebliche Nachteile drohen würden.

Für diese Fälle besteht die Möglichkeit eines Eilantrags beim Sozialgericht. Der Eilantrag ist auch schon im Antrags- oder Widerspruchsverfahren zulässig.

## Die Kosten

Im Sozialrecht dürfen weder von Sozialleistungsträgern noch von den Gerichten Verfahrensgebühren erhoben werden. Antrags-, Widerspruchs- und Gerichtsverfahren sind für potenzielle Anspruchsinhaber daher grundsätzlich kostenfrei. Allerdings entstehen Kosten, sofern ein Rechtsanwalt mit der Wahrnehmung der rechtlichen Interessen beauftragt wird. Ggf. werden die Kosten entsprechend dem vereinbarten Tarif von einer Rechtsschutzversicherung getragen.

Wer die Kosten eines Rechtsanwalts nicht mit eigenen finanziellen Mitteln bestreiten kann, kann für außergerichtliche Verfahren Beratungshilfe beantragen. Die Beratungshilfe wird beim Amtsgericht des Wohnortes und nicht beim Sozialgericht beantragt. Für das Gerichtsverfahren kann der Rechtsanwalt unter den entsprechenden Voraussetzungen der finanziellen Bedürftigkeit des Mandanten Prozesskostenhilfe beantragen.

Soweit der Widerspruch oder die Klage erfolgreich war, werden die Kosten eines eingeschalteten Rechtsanwalts auf der Basis des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes (RVG) durch den Sozialleistungsträger erstattet. Wurde im Rahmen einer Honorarvereinbarung vereinbart, dass der Rechtsanwalt eine höhere Vergütung erhält, als sie das RVG vorsieht, sind die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Trägern auch bei erfolgreichem Verfahrensausgang nicht zu erstatten.

## Leistungsrecht am Beispiel der Hilfsmittelversorgung

Exemplarisch für viele andere Ansprüche auf Sozialleistungen soll hier abschließend die Hilfsmittelversorgung betrachtet werden. Der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung richtet sich in Abhängigkeit von den konkreten Lebensumständen des Antragstellers gegen unterschiedliche Träger. Neben der Krankenversicherung kommen hier insbesondere die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (insbesondere Berufsgenossenschaften), die Renten- und die Pflegeversicherung, die Agentur für Arbeit und die Jobcenter, das Integrationsamt oder der Sozialhilfeträger in Frage. Die Träger haben eingehende Anträge unverzüglich daraufhin zu prüfen, ob sie der für diesen Anspruch zuständige Träger sind. Verneinen sie das, haben sie den Antrag an den zuständigen Träger weiterzuleiten. Unter gewissen Umständen müssen sie die Anträge sogar binnen 14 Tagen weiterleiten, um nicht nach den Leistungsgesetzen aller in Frage kommenden Träger leistungspflichtig zu werden.

▷ Gegen einen zurückgewiesenen Widerspruch kann vor dem Sozialgericht Klage erhoben werden. In dem Verfahren wird ein Gutachten eines unabhängigen Sachverständigen eingeholt.



▷ Im Sozialrecht sind Antrags-, Widerspruchs- und Gerichtsverfahren für den Antragsteller kostenfrei. Ein eventuell beauftragter Rechtsanwalt muss allerdings bezahlt werden. Finanziell Bedürftige können Prozesskostenhilfe beantragen.

Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht ein Anspruch auf eine Leistung dann, wenn sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und die Versorgung das Maß des Notwendigen nicht überschreitet (sogenanntes Wirtschaftlichkeitsgebot).

Speziell der Anspruch auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel besteht dann, wenn es im Einzelfall erforderlich ist, 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 durch Rechtsverordnung ausgeschlossen sind. Keine Anspruchsvoraussetzung ist es, dass das Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist.

Christian Au

## Rechtliche Grundlagen der Hilfsmittelversorgung

Wenn sich Menschen, die einen Bedarf an Hilfsmitteln haben (im Folgenden "Betroffene" genannt – die Bezeichnung gilt für Antragsteller jeden Geschlechts), Gedanken machen, ob die Kosten für die Versorgung von einer Versicherung übernommen werden, dann stellen sich zunächst die folgenden Fragen:

- Kommt der Auftrag zur Versorgung durch einen Träger der Sozialversicherung zustande (gesetzliche Krankenkasse, gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Pflegeversicherung ...) oder
- erfolgt die Bestellung im Namen des Betroffenen und damit auf dessen Rechnung?

### Warum ist die Einteilung in diese beiden Kategorien wichtig?

Erfolgt die Bestellung im Rahmen der „Zuständigkeit eines Sozialversicherungsträgers“, so macht die das Hilfsmittel benötigende Person einen Anspruch geltend, der ihr kraft Gesetzes zusteht („Versorgung mit Hilfsmitteln“). Der Sozialversicherungsträger muss die Versorgung den gesetzlichen Vorgaben entsprechend sicherstellen. Im Ergebnis macht hier ein Bürger einen Anspruch gegen den Staat (bzw. eine dem Staat zugeordnete Institution wie z. B. die Krankenkasse) geltend. Maßgeblich für die Versorgung ist, was in den Sozialversicherungsgesetzen (Sozialgesetzbücher – SGB) sowie den Verträgen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Leistungserbringern geregelt ist. Der Betroffene selbst erteilt keinen eigenen Auftrag an den Leistungserbringer.

Privatkunden und Privatversicherte erteilen hingegen den Auftrag zur Versorgung nicht innerhalb eines staatlich organisierten Systems. Hier tritt ein Bürger einem Unternehmen gegenüber. Maßgeblich für die Versorgung ist, was zwischen dem Betroffenen und dem Unternehmen (vertraglich) vereinbart wird. Es gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit, das heißt, es kann frei vereinbart werden, wie und zu welchen Konditionen versorgt wird.

▷ Für die Versorgung mit Hilfsmitteln können unterschiedliche Träger zuständig sein. Eingehende Anträge müssen unverzüglich geprüft werden.

KONTAKT

**Haben Sie Fragen?  
Melden Sie sich bei Ihrem**

Wegbegleiter-Team  
(089) 992 886-266

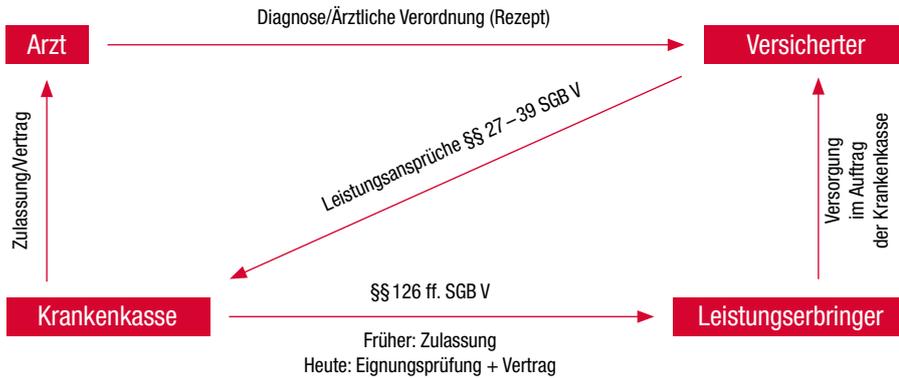
[wegbegleiter@hollister.com](mailto:wegbegleiter@hollister.com)



### Unsere Expertin

Bettina Hertkorn-Ketterer hat nach dem Abitur in Heidelberg Jura studiert. Seit 1999 ist sie in der Hilfsmittelbranche tätig, zunächst als Syndikus-Anwältin einer großen Leistungsgemeinschaft und seit 2006 als Rechtsanwältin in eigener Kanzlei mit Sitz in Bonn. Sie unterstützt den BVMed (Bundesverband Medizintechnologie e.V.) durch ihre Arbeit als Referentin oder Moderatorin auf diversen Veranstaltungen. Darüber hinaus gehören insbesondere Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich sowie Industrieunternehmen, Verbände und Leistungsgemeinschaften zu ihrem Mandantenkreis.

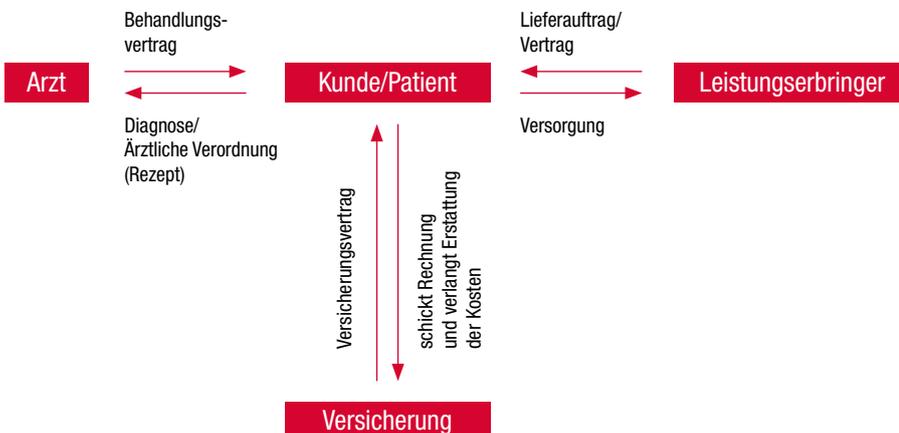
Wie kommt der gesetzlich Krankenversicherte zu seiner Versorgung?



Übersicht über die Leistungsbeziehungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung

- Der Versicherte hat (gesetzliche) Ansprüche auf Versorgung gegenüber seiner Krankenkasse
- Der Leistungserbringer handelt als „verlängerter Arm“ der Krankenkasse und hilft dieser, ihre Verpflichtungen gegenüber den Versicherten zu erfüllen
- In der Regel existiert keine direkte vertragliche Beziehung zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten (Ausnahme: zusätzliche Absprachen, wie z. B. Vereinbarung einer wirtschaftlichen Aufzahlung, Vereinbarungen [Empfangsbestätigung] zur pfleglichen Behandlung von Fallpauschalenhilfsmitteln ...)

Wie kommt der Privatversicherte zu seiner Versorgung?



- Der Lieferauftrag existiert ausschließlich zwischen Kunde und Leistungserbringer
- Ob der Kunde am Ende die Kosten (von seiner Versicherung) erstattet bekommt, hängt allein von der Frage ab, was im Versicherungsvertrag vereinbart ist
- Es besteht keine Rechtsbeziehung zwischen der (priv.) Krankenversicherung und dem Leistungserbringer!
- Die Frage, ob der Versicherungsvertrag die Versorgung abdeckt, hat keinen Einfluss auf die Versorgungsvereinbarung, die Kunde und Leistungserbringer schließen!

## Welcher Sozialversicherungsträger ist für Hilfsmittel zuständig?

### Zuständigkeit der Krankenkasse

Die Versorgung mit Hilfsmitteln ist am häufigsten Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

„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“ (§ 33 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]).

Immer dann, wenn ein Hilfsmittel wegen einer Krankenbehandlung oder wegen des Ausgleichs einer drohenden Behinderung (im Alltag) benötigt wird, scheidet eine Versorgung zu Lasten anderer Sozialversicherungsträger aus, da die Versorgung zu deren Lasten nachrangig ist.

▷ Am häufigsten ist die gesetzliche Krankenversicherung für die Versorgung mit Hilfsmitteln zuständig.

### Zuständigkeit der Pflegeversicherung

Auch die Pflegeversicherung hat (Pflege)hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Voraussetzung für eine Versorgung durch die Pflegeversicherung ist zunächst, dass der Betroffene einen „Pflegegrad“ eingruppiert wurde. Die Pflegeversicherung stellt Hilfsmittel also nur dann zur Verfügung, wenn die Pflegebedürftigkeit des Betroffenen festgestellt wurde.

Auch wenn ein Pflegegrad vorliegt, gilt: Leistungen der Pflegeversicherung sind gegenüber Leistungen der Krankenkasse nachrangig. Immer dann, wenn die gesetzliche Krankenkasse für ein Hilfsmittel zuständig ist, scheidet eine Versorgung über die Pflegekasse aus. Vor diesem Hintergrund kommt eine Zuständigkeit der Pflegekasse nur dann in Betracht, wenn die Versorgung ganz oder doch ganz überwiegend pflegerischen Zwecken dient.



### Zuständigkeit der Rentenversicherung oder der Agentur für Arbeit

Soweit Hilfsmittel benötigt werden, um eine Berufsausbildung oder Arbeit aufzunehmen bzw. die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, herzustellen oder zu verbessern („Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“), kommt eine Zuständigkeit der Agentur für Arbeit oder der Rentenversicherung in Betracht. Die Voraussetzung für die Zuständigkeit der Rentenversicherung ist entweder eine 15-jährige Wartezeit oder aber der Bezug einer Rente wegen (teilweise) verminderter Erwerbsfähigkeit.

▷ Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann die Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung oder die Agentur für Arbeit zuständig sein.

### Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung

Dienen Hilfsmittel dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung nach Arbeits- und Wegeunfällen oder Berufskrankheiten, sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für die Versorgung zuständig. Dazu zählen die nach Branchen gegliederten Berufsgenossenschaften, die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie die Unfallkassen.



## Prüfung des Antrags

Ein Rehabilitationsträger hat nach Erhalt eines Antrags auf Leistungen zu prüfen, ob seine Zuständigkeit für den Antrag gegeben ist. Für diese Prüfung hat der angegangene Rehabilitationsträger in der Regel zwei Wochen Zeit. Stellt der Rehabilitationsträger nach Ablauf der zwei Wochen – nachdem er zuerst davon ausgegangen war, er sei zuständig – fest, dass er nicht zuständig ist, hat er den Antrag gleichwohl zu bearbeiten. Eine Weiterleitung ist nicht mehr möglich.

Gelangt der Rehabilitationsträger innerhalb der Prüfung in den ersten zwei Wochen zur Erkenntnis, dass er nicht zuständig ist, hat er den Antrag an den seiner Meinung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten. Dieser zweite Rehabilitationsträger muss den Antrag nun in jedem Fall bearbeiten, er darf diesen nicht mehr weiterleiten, auch dann nicht, wenn er der Auffassung sein sollte, dass eigentlich ein anderer Rehabilitationsträger zuständig wäre. Der zweite Rehabilitationsträger hat ggf. das Recht des Rehabilitationsträgers anzuwenden, der eigentlich zuständig wäre.



## Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

### Sachleistungsprinzip

Die Betroffenen erhalten alle Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit das Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes vorsieht.

Alle erforderlichen medizinischen Leistungen werden als Naturalleistung erbracht; der Betroffene muss nicht in Vorleistung treten – er bekommt das Benötigte „in Natur“ zur Verfügung gestellt. Im Bereich der gesetzlichen Krankenkasse gilt damit im Regelfall gerade nicht das Prinzip der Kostenerstattung (Grundsatz im Bereich der privaten Krankenversicherung). Der Betroffene erhält die benötigten Leistungen, ohne dafür selber zu bezahlen. Der Privatversicherte muss die benötigten Leistungen zunächst aus eigener Tasche/aufgrund einer eigenen vertraglichen Verpflichtung beziehen und anschließend um Erstattung der verauslagten Kosten bitten.

▷ In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das Sachleistungsprinzip.

### Kostenerstattungsprinzip im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Ausnahmsweise gibt es auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung das Prinzip der Kostenerstattung.

#### Die vom Gesetz geregelten Ausnahmefälle liegen vor, wenn

- die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringt
- eine Krankenkasse eine beantragte Leistung zu Unrecht ablehnt und dem Betroffenen hierdurch Kosten entstanden sind
- die Krankenkasse nicht innerhalb der vom Gesetzgeber vorgegebenen Frist entscheidet (drei bzw. fünf Wochen, soweit es sich um eine Versorgung mit Hilfsmitteln handelt, die der Krankenbehandlung dienen, zwei bis drei Monate, soweit es sich um eine Versorgung mit Hilfsmitteln handelt, die dem Ausgleich einer Behinderung dienen)
- der Betroffene Kostenerstattung als Modell wählt

## Wirtschaftlichkeitsgebot

Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind,

- können Betroffene nicht beanspruchen
- dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und
- die Krankenkassen nicht bewilligen.

Bei mehreren gleich wirksamen Mitteln muss das günstigere eingesetzt werden. Ist hingegen nur das teuerste Hilfsmittel geeignet, ist dieses auch wirtschaftlich.

▷ Bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

## Gebot zur Leistung in der fachlich gebotenen Qualität

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

---

Das Gebot zur Leistung in der fachlich gebotenen Qualität steht auf der gleichen Stufe mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot!

---

Die Leistungen haben dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu entsprechen. Sie müssen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

## Wahlrechte der Versicherten

### Das Recht der Versicherten, einen Leistungserbringer zu wählen

Es besteht das Recht, einen Leistungserbringer frei zu wählen. Der Gesetzgeber hat aber die Möglichkeit, das grundsätzlich bestehende Wahlrecht durch speziellere Regelungen einzuschränken. Dies ist für den Bereich der Hilfsmittelversorgung geschehen.

Das Wahlrecht ist hier begrenzt auf die Vertragspartner der Krankenkasse.

▷ Das Recht des Betroffenen, einen Leistungserbringer zu wählen, ist in Bezug auf die Hilfsmittel auf die Vertragspartner der Krankenkasse beschränkt.

### Recht der Betroffenen, ein konkretes Produkt zu wählen

Jeder Produktwunsch ist am Wirtschaftlichkeitsprinzip zu messen. Leistungen, die nicht wirtschaftlich sind, dürfen Betroffene nicht beanspruchen.

**In den Hilfsmittelrichtlinien ist geregelt**, dass grundsätzlich der Arzt über den Hilfsmittelbedarf (Qualität und Menge) entscheidet, indem er in der Regel das Hilfsmittel durch Angabe der ersten sieben Stellen der Hilfsmittelnummer (d. h. unter Angabe der Produktart) verordnet.



## Weiter heißt es in der Vorschrift:

„Das Einzelprodukt (bezeichnet durch die zehnstellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit dem Versicherten ausgewählt.“

## Zusammenfassung

- Es besteht im Grunde das Recht, Einfluss auf die Produktauswahl zu nehmen, soweit das gewählte Produkt wirtschaftlich ist. Die Auswahl ist immer eine Entscheidung des Leistungserbringers mit dem Betroffenen.
- Die Krankenkasse darf nicht den Einsatz eines bestimmten Produkts vorschreiben.
- Für das Produkt kann eine ärztliche Verordnung (Rezept) erforderlich sein.

## Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung

### Der Anspruch der Betroffenen auf Hilfsmittel

„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 umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie 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.“  
(§33 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung)

### Der Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst dabei Folgendes:

- Die Lieferung des Produkts
- Alle mit der Lieferung verbundenen Leistungen, damit der Betroffene das Hilfsmittel nutzen kann, z. B.
  - Beratung
  - Wartung/sicherheitstechnische Kontrolle (soweit zum Schutz der Betroffenen vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich bzw. nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendig)
  - Instandsetzung
  - Änderung
  - Ersatzbeschaffung
  - Zubehör
  - Ausbildung im Gebrauch (= Einweisung!)



▷ Der Anspruch auf ein Hilfsmittel umfasst auch alle mit der Lieferung verbundenen Leistungen, die erforderlich sind, damit der Betroffene das Hilfsmittel uneingeschränkt nutzen kann.

## Was sind Hilfsmittel?

„Hilfsmittel sind Gegenstände, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und die unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls erforderlich sind, um

- einer drohenden Behinderung vorzubeugen
- den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.“

(§ 31 SGB IX)

**Achtung:** Produkte der enteralen Ernährung, Verbandmittel und Blutzuckerteststreifen sind begrifflich keine Hilfsmittel. Es handelt sich hier um „arzneimittelähnliche Medizinprodukte“, für die gesonderte Bestimmungen gelten.

## Hilfsmittel – Erforderlichkeit im Einzelfall

Das Hilfsmittel muss

- geeignet und
- unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse des Betroffenen notwendig sein,
- um eine der drei Zweckbestimmungen (Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung, Vorbeugung drohender Behinderung, Ausgleich einer Behinderung) zu erreichen.

## Zweckbestimmung des Hilfsmittels

Ein Hilfsmittel dient der Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung, wenn sein Einsatz geeignet ist, eine Krankenbehandlung zu unterstützen. In diesen Bereich fallen Hilfsmittel wie zum Beispiel Stütz- oder Halteapparaturen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe.

Wenn noch keine Behinderung oder Krankheit vorliegt, Krankheit oder Behinderung jedoch unmittelbar und konkret zu erwarten sind, dann drohen sie. In diesen Bereich fallen Hilfsmittel wie zum Beispiel Dekubitussitzkissen oder Prophylaxematratzen. (Achtung: Für im Pflegeheim lebende Personen entfällt der Anspruch ggf., da das Personal verpflichtet ist, durch entsprechende Umlagerung anderweitig für die Prophylaxe zu sorgen.)

Dem Behinderungsausgleich dienen alle Hilfsmittel, die einen Funktionsausfall ausgleichen, zum Beispiel Gehhilfen, Prothesen, Hörhilfen, Toilettenstühle, Rollstühle, Stoma- oder Inkontinenzprodukte.

**Es ist zu unterscheiden zwischen Hilfsmitteln, die die Behinderung unmittelbar ausgleichen, und solchen, die dies nur mittelbar tun:**

- Dient das Hilfsmittel dem unmittelbaren Behinderungsausgleich (Ausgleich der ausgefallenen Körperfunktion), so besteht ein Anspruch auf ein Hilfsmittel, das dem allgemeinen Stand des medizinischen und technischen Fortschritts entspricht.
- Soweit durch den Einsatz der Hilfsmittel nur ein mittelbarer Behinderungsausgleich möglich ist, ist die gesetzliche Krankenversicherung nur zuständig, wenn sich der Ausgleich auf ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens bezieht.

▷ Im SGB IX wird definiert, was unter einem Hilfsmittel zu verstehen ist.



▷ Ein Hilfsmittel dient dazu, den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, eine drohende Krankheit oder Behinderung abzuwenden oder eine bestehende Behinderung auszugleichen.

## Folgendes fällt unter die „Grundbedürfnisse des täglichen Lebens“:

- Nahrungsaufnahme
- Körperpflege / -hygiene inklusive Ausscheidungen
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Sehen, Hören, Lesen/Informationsbeschaffung
- Mobilität im Nahbereich in Bezug auf Alltagswege/-geschäfte (ausgeschlossen sind Ausflüge!)
- Soziale Integration und Ermöglichung des Schulbesuchs im Rahmen der Schulpflicht (bei Kindern und Jugendlichen bis zu 16 Jahren)

## Keine Leistung der Krankenkasse bei „Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens“

Als Gebrauchsgegenstand gelten alle Gegenstände, die für alle oder wenigstens eine Mehrzahl von Menschen unabhängig von Krankheit oder Behinderung unentbehrlich sind (z. B. Bettwäsche). Diese Gegenstände werden von Krankenkassen nicht finanziert und sind von den Betroffenen selbst zu erwerben.

**Hinweis:** Es gibt Produkte, die den Hilfsmittelbegriff erfüllen, gleichwohl aber (in günstigerer Variante) auch von Menschen ohne Behinderung genutzt werden (z. B. orthopädische Schuhe, Brustprothesen-BH, Auto-Kindersitze für Kleinkinder). Die Kosten für diese Produkte werden von der Krankenkasse übernommen, allerdings haben die Betroffenen hier für die Finanzierung des Anteils, den auch Menschen ohne Behinderung in der Regel übernehmen, einen Eigenanteil zu entrichten.

▷ Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind keine von der Krankenkasse zur Verfügung zu stellenden Hilfsmittel!

## Produkte, die von der Leistungspflicht ausgenommen sind

Gemäß der Rechtsverordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis sind in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmte Produkte von der Leistungspflicht ausgenommen. Hierzu gehören zum Beispiel:

- Handgelenkriemen/Handgelenkmanschetten
- Waden-, Oberschenkel-, Knie- und Knöchelkompressionsstücke
- Einmalhandschuhe (Ausnahme: sterile Handschuhe zur regelmäßigen Katheterisierung und unsterile Einmalhandschuhe bei Querschnittgelähmten mit Darmlähmung zur Darmentleerung)
- Druckschutzpolster (Ausnahme: Dekubitusschutzmittel)
- Energieversorgung für Hörgeräte bei Volljährigen

## Ablauf einer Versorgung mit Hilfsmitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung

### Erfordernis einer ärztlichen Verordnung (Rezept)

Eine ärztliche Verordnung für Hilfsmittel ist nur erforderlich, soweit

- eine erstmalige oder
- erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.

Abweichend hiervon können die Krankenkassen eine Verordnung verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung in den Verträgen, die sie mit Leistungserbringern geschlossen haben, verzichtet haben. Es ist für Betroffene oft nicht erkennbar,



ob eine ärztliche Verordnung erforderlich ist oder nicht. Gerade bei immer wiederkehrenden Leistungen sollte im Zweifel mit dem Leistungserbringer des Vertrauens die Frage der vertraglichen Regelungen besprochen werden.

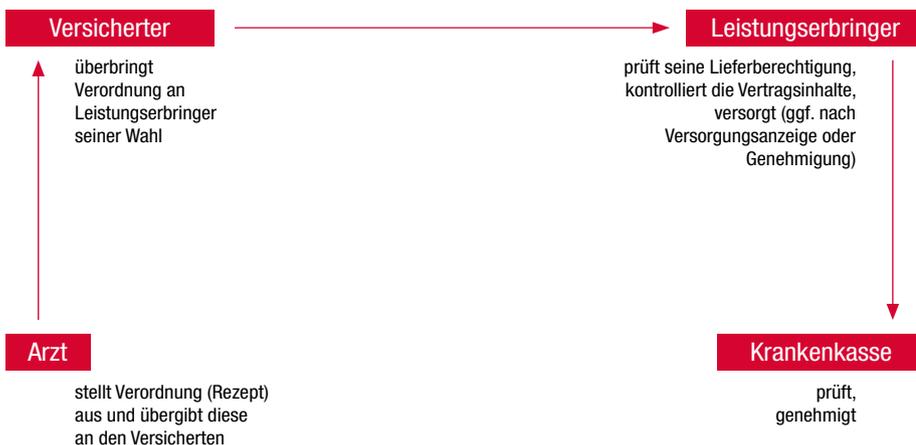
## Genehmigungsverfahren

Soweit eine Krankenkasse nicht ausdrücklich auf eine Genehmigung verzichtet hat, sind alle Hilfsmittelversorgungen von der Krankenkasse zu genehmigen:

„Die Abgabe von Hilfsmitteln aufgrund der Verordnung eines Vertragsarztes bedarf der Genehmigung durch die Krankenkasse, soweit deren Bestimmungen nichts anderes vorsehen. Die Krankenkasse hat ihre Versicherten soweit nötig im Einzelfall darüber zu unterrichten, welche Heil- und Hilfsmittel genehmigungspflichtig sind.“ (Regelung in § 30 Abs. 3 des Bundesmantelvertrags Ärzte)

▷ Eine Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt in der Regel nach Vorlage einer ärztlichen Verordnung und nach Genehmigung durch die Krankenkasse.

## Ablauf der Hilfsmittelversorgung im Regelfall



## Wer ist für das ordnungsgemäße Ausfüllen der Verordnung verantwortlich?

Grundsätzlich ist der Arzt für das ordnungsgemäße Ausfüllen der Verordnung verantwortlich.

**Aber:** Die Krankenkassen verpflichten in Verträgen die Leistungserbringer regelmäßig, die Inhalte der Verordnung zu kontrollieren. Unvollständige oder fehlerhafte Verordnungen dürfen vom Leistungserbringer nicht angenommen werden. Es ist daher gut möglich, dass ein Leistungserbringer die Inhalte von Verordnungen überprüft und ggf. auf Korrektur oder Ergänzung drängt.

## Welche Möglichkeit hat die Krankenkasse, einen Versorgungsantrag zu prüfen?

Der Mitarbeiter der Krankenkasse hat die sozialversicherungsrechtlichen Genehmigungsvoraussetzungen zu prüfen:

- Ist der Betroffene noch Mitglied bei der Krankenkasse?
- Ist das Unternehmen, das die Leistung anbietet, Vertragspartner der Krankenkasse?

Der Mitarbeiter der Krankenkasse darf nicht selbst über die Erforderlichkeit des Hilfsmittels oder über Art und Umfang der Versorgung befinden.

Hat der mit der Prüfung betraute Mitarbeiter einer Krankenkasse den Eindruck, die Versorgung sei ggf. nicht erforderlich, kann er den medizinischen Dienst der Krankenkassen mit der Prüfung beauftragen.

## Welche Daten darf die Krankenkasse im Rahmen des Versorgungsvorgangs erhalten?

Erlaubt ist die Datenspeicherung/-vorlage in Bezug auf

- die Prüfung der Leistungspflicht
- die Feststellung Versicherungsverhältnis/Mitgliedschaft
- das Ausstellen der Krankenversicherungskarte/eGK
- die Feststellung der Beitragspflicht
- die Prüfung der Leistungspflicht, Erreichen der Belastungsgrenze
- die Einbeziehung des MDK
- die Abrechnung der Leistungen
- die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

Aus diesem Katalog kann abgeleitet werden, dass die Krankenkassen keinen Anspruch auf sämtliche Detaildaten haben, sondern nur auf die Daten, die sie für die Bearbeitung der ihnen zugewiesenen Prozesse unbedingt benötigen.

## Welche Rolle spielt das Hilfsmittelverzeichnis bei der Versorgung?

Der Anspruch der Betroffenen auf Versorgung hängt nicht davon ab, ob ein Produkt im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung gelistet ist. Das Bundessozialgericht hat festgestellt, dass das Hilfsmittelverzeichnis keine Positivliste ist. Soweit Betroffene ein Hilfsmittel benötigen, das nicht gelistet ist, haben sie Anspruch auf Versorgung auch mit einem nicht im Verzeichnis gelisteten Produkt.

## In welcher Höhe hat die Krankenkasse die Versorgung zu vergüten?

„Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.“ (§ 33 Abs. 7 SGB V)

- Soweit ein (Rahmen-)Vertrag mit einem Leistungserbringer abgeschlossen wurde und ein Preis für eine Versorgung in dieser Vereinbarung genannt ist, hat die Krankenkasse den vereinbarten Preis zu bezahlen.
- Existiert kein (Rahmen-)Vertrag, bezahlt die Kasse den Preis, auf den sie sich mit dem Leistungserbringer im Rahmen des Genehmigungsverfahrens geeinigt hat.

## Möglichkeit, eine andere als die notwendige Versorgung zu wählen

„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.“ (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V)

- Die Vereinbarung von wirtschaftlichen Aufzahlungen ist zulässig.
- Wichtig: Der Betroffene hat einen Anspruch darauf, über die Möglichkeit, aufzahlungsfrei versorgt zu werden, beraten zu werden. Ihm sind mehrere aufzahlungsfreie Versorgungen anzubieten (soweit vorhanden).
- Leistungserbringer haben die Beratung zu dokumentieren.

▷ Eine Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit eines Hilfsmittels hat durch den medizinischen Dienst zu erfolgen.

▷ Die Zurverfügungstellung von medizinischen Detaildaten sollte im Einzelfall kritisch hinterfragt werden.

▷ Aus der Listung eines Produkts im Hilfsmittelverzeichnis ergibt sich kein Anspruch des Betroffenen, damit versorgt zu werden.



## Innerhalb welcher Fristen haben Krankenkassen über Anträge zu entscheiden?

Eine Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen, die nicht zur medizinischen Rehabilitation gehören (Hilfsmittel, die der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung dienen), schnell zu entscheiden. Für diese Hilfsmittel gilt, dass die Krankenkasse binnen drei Wochen bzw., soweit eine gutachterliche Stellungnahme eingeholt wird, binnen fünf Wochen zu entscheiden hat. Soweit eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich erachtet wird, gilt, dass das Gutachten unverzüglich (= ohne schuldhaftes Zögern) einzuholen und der Betroffene über die Entscheidung, ein Gutachten einzuholen, zu unterrichten ist.

Der Gutachter muss seine Stellungnahme binnen drei Wochen (nach Auftragseingang) erstellen. Die Krankenkasse hat den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig und schriftlich etwaige Fristverlängerungen mitzuteilen.

Als „Grund“ für eine Verzögerung kommt zum Beispiel mangelnde Mitwirkung des Betroffenen, nicht aber Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung bei der Krankenkasse oder dem medizinischen Dienst in Betracht.

Die Krankenkasse muss die Gründe für die Fristversäumung „tagesgenau“ mitteilen. Dies bedeutet, dass sie neben dem Grund auch die voraussichtliche Dauer der Verzögerung angeben muss. Ist das angegebene Datum verstrichen, läuft die Frist weiter. Die Krankenkasse muss neue Verzögerungsgründe benennen, falls sie die Frist weiter verlängert sehen möchte. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

### Das hat zur Folge:

- Beschaffen sich die Betroffenen nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.
- Daneben steht den Betroffenen auch weiterhin der Anspruch auf Versorgung zu. Soweit sie die Versorgung nicht in Auftrag gegeben haben, können sie nun von der Kasse die Durchführung der Versorgung verlangen.

## Was können Betroffene bei (Teil-)Ablehnungen ihres Antrags tun?

Das sozialrechtliche Verfahren verläuft in drei Stufen:

- das Genehmigungsverfahren (vom Antrag bis Ablehnung, falls keine Genehmigung erfolgt)
- das Widerspruchsverfahren
- das sozialgerichtliche Klageverfahren

Mit welchen Bearbeitungszeiten hat man im Verfahren zu rechnen?

- Antragsverfahren: Drei bis fünf Wochen bzw. zwei bis drei Monate ab Antragstellung - soweit keine Verzögerungsgründe zum Tragen kommen.
- Widerspruchsverfahren: Maximal drei Monate ab Eingang des Widerspruchsschreibens bei der Krankenkasse
- Klage vor dem Sozialgericht: Verfahrensdauer offen: In der Regel aber ungefähr zwei Jahre für die erste Instanz.

▷ Die Krankenkasse muss fristgerecht entscheiden.

▷ Nach Ablauf der Bearbeitungsfrist gilt der Antrag als genehmigt.



## Das Widerspruchsverfahren

**Anforderungen an einen Widerspruch:** Der Widerspruch muss von der „richtigen Person“ erhoben werden (Widerspruchsberechtigung). In Betracht kommen der Betroffene (Antragsteller) selbst, ein (amtlich bestellter) Betreuer oder ein vom Betroffenen bestellter Bevollmächtigter/Vertreter (schriftliche Vollmacht erforderlich!).

**Widerspruchsfrist:** In der Regel haben Widersprüche innerhalb eines Monats ab Zugang der (Teil-)Ablehnung bei der Widerspruchsbehörde einzugehen. Es kommt also darauf an, wann man das Ablehnungsschreiben der Kasse erhalten hat.

**Aber:** Die Monatsfrist gilt nur, wenn die Krankenkasse auf ihrer (Teil-)Ablehnung eine Rechtsbehelfsbelehrung aufgenommen hat („Gegen diesen Bescheid können Sie binnen einer Frist von einem Monat Widerspruch einlegen bei ...“). Fehlt eine solche Rechtsbehelfsbelehrung, so kann die (Teil-)Ablehnung ein Jahr lang mit einem Widerspruch angegriffen werden. Versäumt man diese Fristen (ein Monat oder ein Jahr), ist die Ablehnung rechtskräftig und damit unangreifbar.

**Um nachweisen zu können, dass man die Fristen gewahrt hat, empfiehlt es sich, den Widerspruch**

- per Einschreiben bzw. Einschreiben mit Rückschein oder Einwurfeinschreiben abzuschicken oder aber
- gleich in der Geschäftsstelle der Krankenkasse zu Protokoll zu geben.

Aus dem Widerspruchsschreiben muss lediglich hervorgehen, dass man sich gegen die (Teil-)Ablehnung zur Wehr setzen will. Auf einen bestimmten Wortlaut kommt es nicht an. Es genügt, wenn deutlich wird, was der Widersprechende will.

**Wichtig bei der Form des Widerspruchs ist:**

- Der Widerspruch ist vom Betroffenen persönlich zu unterzeichnen.
- Handelt der Betroffene nicht selbst, sondern durch einen Vertreter/Bevollmächtigten, hat dieser den Widerspruch zu unterzeichnen und eine vom Betroffenen unterschriebene Vollmacht beizufügen.

▷ Wird ein Antrag durch die Krankenkasse abgelehnt, kann der Betroffene Widerspruch dagegen einlegen.

▷ Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach Zugang des ablehnenden Bescheids (bei fehlender Rechtsbehelfsbelehrung innerhalb eines Jahres) erhoben werden. Er sollte per Einschreiben geschickt oder persönlich zu Protokoll gegeben werden.



## Das sozialgerichtliche Klageverfahren

Klagebefugt ist der Betroffene selbst, ein (amtlich bestellter) Betreuer oder ein von ihm bestellter Bevollmächtigter/Vertreter.

### Fristen bei der Klage vor dem Sozialgericht:

Da die Widerspruchsbescheide der Krankenkassen regelmäßig eine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten, kann der Widerspruchsbescheid in der Regel nur binnen eines Monats ab Erhalt per Klage angegriffen werden. Versäumt man diese Frist, ist die Ablehnung in Form des Widerspruchsbescheids rechtskräftig und unanfechtbar. Auch hier sollte auf den Nachweis der Zustellung geachtet werden. Es ist wichtig, dass man belegen kann, rechtzeitig Klage erhoben zu haben.

### Dies kann auf folgende Weise geschehen:

- Zustellung der Klage beim zuständigen Sozialgericht (Wohnsitz des Klägers) (zu empfehlen: Einschreiben mit Rückschein oder Einwurfeinschreiben) oder
- Erklärung der Klage „zu Protokoll“ beim Sozialgericht direkt

Die Klagebegründung kann nachgereicht werden. Bei Sozialgerichten herrscht der sogenannte „Amtsermittlungsgrundsatz“, das heißt das Gericht muss von Amts wegen den Sachverhalt aufklären. Auch hier wichtig: Unterschrift des Klägers bzw. Unterschrift des Bevollmächtigten und Beifügung einer Vollmacht, falls ein Dritter die Klage für den Antragsteller einlegt.

Bettina Hertkorn-Ketterer

KONTAKT

**Haben Sie Fragen?  
Melden Sie sich bei Ihrem**  
Wegbegleiter-Team  
(089) 992 886-266  
[wegbegleiter@hollister.com](mailto:wegbegleiter@hollister.com)

▷ Wird auch der Widerspruch abgelehnt,  
kann der Betroffene dagegen vor dem  
Sozialgericht Klage erheben.



## Erfahrungsbericht Peer: Katja Hettwer

Ich heiße Katja Hettwer, bin 44 Jahre alt, geschieden und Mutter einer Tochter. Ich wohne in Sachsen-Anhalt, in einem kleinen Ort bei Wernigerode. Mein Unfall geschah 2013. Damals arbeitete ich als gelernte Einzelhandelskauffrau bei einem großen Lebensmittelkonzern. Ich war Abteilungsleiterin für Obst und Gemüse. Ich hob eine Kiste Kartoffeln nach oben auf eine Palette – da knackte es heftig in meinem Rücken. Erst merkte ich gar nicht so viel, aber am nächsten Tag konnte ich nicht mehr laufen und wurde mit dem Hubschrauber ins Krankenhaus gebracht. Ich hatte einen Schlaganfall im Rückenmark (sogenanntes Arteria-spinalis-anterior-Syndrom) erlitten und musste für acht Monate im Krankenhaus und in der Reha bleiben. Danach habe ich ein ganzes Jahr gebraucht, um mein Leben neu zu organisieren. Da ich mich genau vor dem Unfall von meinem Mann nach 20 gemeinsamen Jahren getrennt hatte, war ich dabei auf mich allein gestellt. Mein Haus musste rollstuhlgerecht umgebaut werden und mein Auto auch. Nach einigen Kämpfen wurde mein Unfall als Arbeitsunfall anerkannt. Dadurch hatte ich gute Unterstützung durch die Berufsgenossenschaft. Meine Erfahrung mit meinem bisherigen Arbeitgeber war etwas durchwachsen. Zwar standen die Kollegen und mein Chef auf meiner Seite, die Unterstützung von höherer Etage begann aber erst in dem Moment, als klar war, dass die Berufsgenossenschaft für eine Umgestaltung meines Arbeitsplatzes zahlen würde. Das hat mir nicht gefallen und ich habe deshalb einen neuen Beruf gelernt. Ich bin jetzt Gruppenleiterin bei der Lebenshilfe (gFAB-Ausbildung) und arbeite dort mit behinderten und seelisch kranken Menschen. Vor meinem Unfall bin ich in meiner Freizeit gerne geritten. Das habe ich letztes Jahr auch wieder probiert und möchte das gerne weiter üben. Seit kurzem gibt es auch wieder einen Mann in meinem Leben. Wir haben uns bei der Arbeit kennengelernt. Noch ist alles recht neu, aber mal sehen, wie es weitergeht!



Meine erste Erfahrung mit dem Thema Hilfsmittel habe ich noch in der Klinik gemacht. Ich sollte mir einen Rollstuhl aussuchen, wusste aber nicht, für welches Modell ich mich entscheiden soll, zusammenklappbar oder mit Starrrahmen. Erst habe ich gedacht, ich kaufe mir ein gebrauchtes Auto und nehme daher einen faltbaren Rollstuhl. Als ich dann in die Reha kam, hat man diesen Rollstuhl auch genehmigt, aber dann hat man mich dort so fit gemacht, dass ich gesagt habe: „Eigentlich kann ich mir doch diese Umbautechnik für das Auto sparen und ich nehme einen Starrrahmen, der lässt sich leichter auseinanderbauen, und der lässt sich dann auch ganz fix ins Auto stellen.“ Ich wusste dann, wie das geht, und fühlte mich körperlich auch fitter als am Anfang der Auswahl. Mein Wunsch für den Rollstuhl war: Er soll leicht sein, sportlich und schnell auseinanderzubauen.

Leider habe ich mir dann das neueste Modell von der Messe ausgesucht – und das sollte 1.200 Euro mehr kosten als das Standardmodell. Das hat die Kasse dann natürlich abgelehnt. Gegen diesen Entscheid hatte ich dann Einspruch eingelegt, der jedoch abgelehnt wurde. Die 1.200 Euro habe ich schließlich selber bezahlt. Dadurch hatte ich aber genau den Rollstuhl, den ich haben wollte, war glücklich, meine Freiheit zu haben und ganz einfach unkompliziert am Leben



teilhaben zu können, meine Tochter und mich selbst zu versorgen und die Selbstständigkeit zu behalten.

Ich habe dann auch um das Auto und den Lift mit der Kasse kämpfen müssen und – besonders schlimm – um den Bedarf an Inkontinenzeinlagen und Kathetern. Zum Glück wurde dann irgendwann mein Unfall als beruflich bedingt anerkannt. Seitdem habe ich keine Probleme mehr, die Berufsgenossenschaft zahlt ohne peinliche und unangemessene Nachfragen. Auch wenn ich mittlerweile die Vorzüge einer berufsgenossenschaftlichen Versorgung genieße, habe ich anfänglich das pure Gegenteil kennengelernt. Diese Erfahrungen möchte ich gerne als Peer weitergeben.

Querschnittgelähmt: seit 12/2013  
Ursache: Arbeitsunfall  
Läsionshöhe: Th10-12, inkomplett

Katja Hettwer

KONTAKT

**Haben Sie Fragen?  
Melden Sie sich bei Ihrem**  
Wegbegleiter-Team  
(089) 992 886-266  
[wegbegleiter@hollister.com](mailto:wegbegleiter@hollister.com)

## Erfahrungsbericht Peer: David Lebuser

Die Versorgungsqualität ist enorm wichtig für die eigenen Teilhabechancen. Leider kommt es einem oft so vor, als ob die Krankenkassen einem diese Chancen gar nicht einräumen wollen. Auch die Beratungsleistungen der Versorger gehen zurück und so fühlt man sich schnell allein gelassen. Gerne möchte ich meine eigenen Erfahrungen in einem persönlichen Gespräch teilen, um beratend und unterstützend zur Seite zu stehen. Zusammen ist vieles einfacher!

David Lebuser



## Gut zu wissen: Welche Rechte haben Sie im Rahmen einer Hilfsmittelversorgung?

Hilfsmittel sind Sachen oder Vorrichtungen, mit deren Hilfe Nachteile ausgeglichen werden, die durch eine Behinderung verursacht sind. Auch sollen sie die Rehabilitation unterstützen oder bei bereits vorhandenen gesundheitlichen Risiken vor deren Einfluss auf die Bewältigung des Alltags schützen. Sie müssen i. d. R. vom Arzt verordnet werden.

Basierend auf dem SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Hilfsmittel-Richtlinie verbindlich festgelegt, welche Hilfsmittel die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten bezahlen müssen mit dem Ziel, sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu versorgen. Soweit die Hilfsmittel benötigt werden, um eine Krankenbehandlung zu sichern oder eine vorhandene Behinderung auszugleichen, haben Betroffene Anspruch auf Versorgung. Der Anspruch umfasst auch alle Nebenleistungen (wie z.B. die Einweisung), die erforderlich sind, damit das Hilfsmittel vom Betroffenen genutzt werden kann. Die konkrete Art der Versorgung richtet sich nach dem individuellen Bedarf des Versicherten. Maßgeblich ist daher stets die Versorgungssituation im Einzelfall.

Unabhängig davon orientieren sich die Krankenkassen häufig am Hilfsmittelverzeichnis. Das Hilfsmittelverzeichnis gilt als systematische Gliederung für alle Hilfsmittel als Orientierungshilfe. In diesem Verzeichnis werden von der Krankenkasse als grundsätzlich ordnungsfähige Leistungen Hilfsmittel mit einer zehnstelligen Nummer versehen, hier erläutert am Beispiel eines Duschrollstuhls: 18. 46. 03. 0XXX

|      |   |
|------|---|
| 18.  | Produktgruppe (Kranken-/Behindertenfahrzeuge) |
| 46.  | Anwendungsort (Innenraum)                     |
| 03.  | Untergruppe (Duschrollstühle)                 |
| 0XXX | Produktart (Duschrollstühle mit Greifreifen)  |

Diese Nummer oder die entsprechende Produktart-Bezeichnung sollte auf der Verordnung verwendet werden.

Hilfsmittel können von den Krankenkassen auch leihweise zur Verfügung gestellt werden.

### Beispiele für Hilfsmittel:

- Bade- oder Duschhilfen (z.B. Badewannenlifter, Duschklapsitz)
- Inkontinenzhilfen (z.B. Blasenkatheter, Urinauffangbeutel, Vorlagen, Windelhosen)
- Hilfsmittel gegen Dekubitus (z.B. Auflagen oder Matratzen zur Weichlagerung, aus Schaumstoff oder luftgefüllt)
- Kommunikationshilfen
- Kranken- und Behindertenfahrzeuge (z.B. Rollstuhl)
- Mobilitätshilfen (z.B. Rutschbretter, Lifter, Rampen)



# Unser Kooperationspartner

## Die Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V.



In dieser Ausgabe des Wegbegleiter-Magazins möchten wir auf eine Arbeitsgemeinschaft (ARGE) der Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e. V. (FGQ) hinweisen. Die Arbeitsgemeinschaften sind ehrenamtlich tätig und befassen sich mit konkreten Problemstellungen.

### Der Anspruch auf Sozialleistungen

So mancher hat es selbst erlebt: Eine Verordnung vom Arzt oder ein Antrag auf Kostenübernahme allein reicht häufig nicht aus, um Sozialleistungen zu erhalten. Oft sind umfassende Begründungen notwendig. Dabei ist es nicht immer einfach zu erkennen, welche Argumente zählen und wer überhaupt für die beantragte Leistung zuständig ist.

Die Auswirkungen einer Querschnittlähmung können sich auf alle Bereiche des täglichen Lebens beziehen. Neben den gesundheitlichen Aspekten stehen dabei meist soziale und berufliche Fragen im Vordergrund. Deshalb können für notwendige Hilfen mehrere Kostenträger gleichzeitig in Frage kommen. Entsprechend komplex können die Leistungsansprüche gegenüber Sozialleistungsträgern sein. Außerdem können auch zivilrechtliche Haftungsansprüche bestehen.

### Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Recht und Soziales der FGQ

Die ARGE Recht und Soziales bietet Unterstützung bei der Klärung rechtlicher Fragen. Im Einzelfall wird geprüft, welche Handlungsmöglichkeiten im gesetzlichen Rahmen bestehen und wie diese inhaltlich umgesetzt werden können. Neben der Klärung der Zuständigkeit ist für den Bereich der Teilhabeleistungen (medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation) wichtig, seine Ansprüche und Rechte formal korrekt geltend zu machen. Ohne Antrag kann im Regelfall keine Leistung bewilligt werden. Der Rehabilitationsträger hat nach Antragstellung zwei Wochen Zeit, um seine Zuständigkeit zu klären. Überschreitet er die Frist, dann bleibt er für die beantragte Leistung zuständig. Hilfsmittel werden überwiegend den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugeordnet, so dass die Zwei-Wochen-Frist grundsätzlich auch für die Bewilligung von diesen gilt. Liegt eine Ablehnung vor, so ermöglichen es die zur Verfügung stehenden Rechtsmittel dem Antragsteller, die Rechtmäßigkeit der Ablehnung prüfen zu lassen. Bereits über das sogenannte Widerspruchsverfahren bestehen gute Chancen, die benötigten Leistungen zu erhalten. Wenn dieses nicht erfolgreich ist, besteht ggf. sinnvoller Anlass zum Gang vor ein Sozialgericht.

Die ARGE Recht und Soziales der FGQ leistet bei den obigen Themen wichtige Informationsarbeit. Sie hilft, wenn Ansprüche oder Stellen nicht bekannt sind, oder sie kann das grundsätzliche Bestehen eines Leistungsanspruchs klären. Koordiniert wird die Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Recht und Soziales der FGQ von Jörg Giesecke. Der Diplom-Sozialarbeiter ist seit vielen Jahren zuständiger Mitarbeiter des Sozialdienstes für das Behandlungszentrum für Rückenmarkverletzte am Unfallklinikum Berlin.

#### KONTAKT

**Haben Sie Fragen?  
Melden Sie sich bei Ihrem  
Wegbegleiter-Team**  
(089) 992 886-266  
[wegbegleiter@hollister.com](mailto:wegbegleiter@hollister.com)

## Betroffene und Experten rund um das Thema Hilfsmittelversorgung



Katja  
Hettwer  
Peer



David  
Lebuser  
Peer



Christian  
Au  
Experte



Bettina  
Hertkorn-Ketterer  
Expertin

### BILDNACHWEISE

S. 1: Katja Hettwer +++ S. 2: Antje Wallner, Hollister +++ S. 3: Christian Au +++ S. 5: © eyetronic – Fotolia.com +++ S. 6: Bettina Hertkorn-Ketterer +++ S. 8: © Jenny Sturm – Fotolia.com +++ S. 9: © bilderhexchen – Fotolia.com +++ S. 11: Hollister, Steffi Sturm +++ S. 12: © klick61 – Fotolia.com +++ S. 13: © Alexander Raths – Fotolia.com +++ S. 15: © magele-picture – Fotolia.com +++ S. 17: © Stockfotos-MG – Fotolia.com +++ S. 18: Hollister, Steffi Sturm +++ S. 19: Katja Hettwer +++ S. 20: David Lebuser +++

### IMPRESSUM

+++ Herausgeber: Hollister Incorporated · Niederlassung Deutschland · Riesstraße 25 · 80992 München · Tel. (089) 992 886-0 · [www.hollister.de](http://www.hollister.de) +++ Der Wegbegleiter umfasst 18 Ausgaben und ist erhältlich, sobald Sie sich für die kostenlose Teilnahme am Programm Wegbegleiter einschreiben. +++ Redaktion: Dr. Eva Husen-Weiss, David Jao, Antje Wallner +++ Gestaltung und Lektorat: Media Concept GmbH +++ Beiträge von: Katja Hettwer, David Lebuser, Christian Au, Bettina Hertkorn-Ketterer, Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. +++ Hollister Incorporated sowie betroffene Personen (Peers), die an diesem Magazin mitgewirkt haben, bieten keine medizinische und/oder rechtliche Beratung oder Dienstleistung an. Die in diesem Magazin enthaltenen Informationen sind kein Ersatz für eine medizinische Beratung, Betreuung und/oder Versorgung bzw. rechtliche Beratung. Wenn Sie ein gesundheitliches Problem haben oder ein solches vermuten, sollten Sie mit Ihrem Arzt sprechen. In Bezug auf die in diesem Magazin enthaltenen Informationen und Beiträge besteht insgesamt kein Anspruch auf Richtigkeit und Vollständigkeit, vielmehr werden in den meisten Fällen persönliche Erfahrungen der Autoren weitergegeben. Für die Inhalte der in diesem Magazin enthaltenen Informationen und Beiträge bzw. für Informationen, auf die in diesem Magazin verwiesen wird, übernimmt Hollister Incorporated weder die Verantwortung noch erteilt Hollister Incorporated seine ausdrückliche Billigung für deren Inhalt. Hollister Incorporated haftet nicht für Schäden oder rechtliche Verletzungen, die durch den Inhalt der Informationen und Beiträge in diesem Magazin bzw. über den Inhalt der Quellen, auf die Bezug genommen wird, entstehen. +++ Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir zur besseren Lesbarkeit der Texte teilweise auf die jeweilige Nennung männlicher und weiblicher Formen verzichtet haben. Die verwendete männliche Bezeichnung schließt beide Geschlechter gleichermaßen ein.

© 2020, Hollister Incorporated.

Hollister und Logo sind Warenzeichen  
von Hollister Incorporated.





Besuchen Sie uns auf Facebook:  
Hollister Deutschland

Hollister Incorporated  
Niederlassung Deutschland  
Riesstraße 25  
80992 München

Ihr Ansprechpartner:  
Wegbegleiter-Team  
Telefon: (089) 992 886-266  
E-Mail: [wegbegleiter@hollister.com](mailto:wegbegleiter@hollister.com)  
[www.wegbegleiter-hollister.de](http://www.wegbegleiter-hollister.de)

