

Informationen zu Hilfsmitteln – Rechte, Pflichten und Informationen für Patienten

Definition

Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen, wie z. B.

- > Körperersatzstücke und orthopädische Hilfsmittel
- > Hörhilfen, Inkontinenzhilfen und Stomaartikel
- > technische Produkte wie Applikationshilfen und Inhalationsgeräte

Rechte der gesetzlich Versicherten: Wann und für wen besteht ein Anspruch auf Hilfsmittel?

Gesetzlich Versicherte haben nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) das Recht

- > auf eine **aufzahlungsfreie ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung**
- > auf Information der wesentlichen Vertragsinhalte durch ihre Krankenkasse
- > auf **Entscheidung über Leistungserbringung durch die Krankenkasse drei Wochen** nach Antragseingang (bei Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung: fünf Wochen)
 - > Nach Ablauf der Frist können sich gesetzlich Versicherte die Leistung selbst beschaffen.
 - > Die Krankenkasse ist dann zur Erstattung der entstandenen Kosten verpflichtet.

Achtung! Der Anspruch entfällt, wenn die Krankenkasse rechtzeitig schriftlich unter Darlegung der Gründe mitteilt, dass die Frist nicht eingehalten werden kann!

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln, wenn diese dazu dienen

- > den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern **oder**
- > einer drohenden Behinderung vorzubeugen **oder**
- > eine Behinderung auszugleichen.¹

Zusätzlich konkretisiert die Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weitere Anspruchsvoraussetzungen auf Hilfsmittel, wenn diese erforderlich sind, um

- > eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen **oder**
- > eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen **oder**
- > einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken **oder**
- > Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden **oder**
- > Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.²

Hinweis: Die aktuelle Version der Richtlinie ist auf der Webseite des G-BA zu finden.

Gesetzlich Versicherte haben einen **Sachleistungsanspruch** gegenüber ihrer Krankenkasse³. Die Krankenkasse muss ihre Versicherten auf Anfrage auch über die wesentlichen Leistungsinhalte informieren.

Gesetzlich Versicherte haben hierbei ggf. verschiedene Wahlmöglichkeiten

- > Wahlmöglichkeit zwischen mehreren gleichermaßen geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmitteln
- > Wahl eines höherwertigen Hilfsmittels und/oder Dienstleistung gegen die Tragung der Mehrkosten inklusive möglicher Folgekosten
- > Wahlmöglichkeit zwischen den Vertragspartnern ihrer Krankenkasse
- > Bei berechtigtem Interesse dürfen gesetzlich Versicherte auch einen Nicht-Vertragspartner wählen, müssen aber auch hier die Mehrkosten tragen.

Bei **Pflegebedürftigkeit** gilt der Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 33 SGB V fort, und zwar unabhängig davon, in welchem Umfang eine Teilnahme am Leben der Gemeinschaft möglich ist.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt das Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind (<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/>). Das Verzeichnis ist nicht abschließend.⁴

¹ Vgl. § 33 Abs. 1 SGB V

² Vgl. § 3 Abs. 1 HilfsM-RL (01.04.2012)

³ Vgl. § 2 Abs. 2 SGB V

⁴ Vgl. § 139 SGB V, § 4 HilfsM-RL (01.04.2012)

Hinweis: Hilfsmittel dürfen nicht mit **Heilmitteln** verwechselt werden!

Heilmittel sind von speziell ausgebildeten Therapeuten erbrachte medizinische Dienstleistungen, wie physikalische und podologische Therapien, Ergotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

Gesetzliche Zuzahlungsregelung für Hilfsmittel⁵

Versicherte haben nach Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich eine Zuzahlung von 10 % des Kostenübernahmebetrags durch die Krankenkasse zu leisten, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Für **zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** gilt eine **Sonderzuzahlungsregelung** von 10 % des Erstattungsbetrages, höchstens jedoch 10 € im Kalendermonat. Bei Pauschalen fällt die gesetzliche Zuzahlung monatlich an.

Hinweis: Bei **zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln** gemäß § 40 SGB XI Abs. 3 beträgt die Zuzahlung 10 %, höchstens jedoch 25 € je Pflegehilfsmittel.

Der Leistungserbringer (z. B. Homecare-Unternehmen oder Sanitätsfachhändler) muss die gesetzliche Zuzahlung von den gesetzlich Versicherten einziehen.

Beschränkung der Zuzahlungspflicht (Belastungsgrenze)⁶

Gesetzlich Versicherte haben während eines Kalenderjahres Zuzahlungen in Höhe von 2 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten. Für chronisch Kranke beträgt diese Grenze 1 %. Bei Überschreiten der Grenze kann bei der Krankenkasse ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt werden.

Über weitere Details informiert jede Krankenkasse!

Pflichten der gesetzlich Versicherten

- > Mehrkosten und höhere Folgekosten bei der Wahl eines **Hilfsmittels oder zusätzlicher Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen**, sind vom Patienten selbst zu tragen.
- > **Leistungsberechtigte haben Mitwirkungspflichten, u. a.**
 - > Angabe von relevanten Tatsachen für die Sozialleistung
 - > persönliches Erscheinen auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers
 - > Unterziehung von Untersuchungsmaßnahmen, sofern diese erforderlich sind für die Entscheidung über die Leistung
 - > Verpflichtung auf Verlangen der Krankenkasse zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben innerhalb von zehn Wochen, wenn die Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist
- > **Mitwirkungspflichten bestehen nicht, wenn**
 - > ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung steht,
 - > ihre Erfüllung den Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
 - > sich der Leistungsträger die erforderlichen Kenntnisse durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte selbst beschaffen kann.

Behandlungen und Untersuchungen können abgelehnt werden, wenn

- > im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
- > diese mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
- > diese einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

⁵ Vgl. § 33 Abs. 8 SGB V, § 61 SGB V

⁶ Vgl. § 62 SGB V