

## **„Hilfsmittelversorgung als Teil der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Das richtige Hilfsmittel für mich“**

Herr Dipl. Ing. Kamps begann seinen Vortrag mit den Worten, dass er die Teilnehmer richtig fordern wird, denn das Hilfsmittelthema ist ein schwieriges Thema. Er möchte den Anwesenden in ein paar Stunden die Informationen näherbringen, für die seine Studenten 3 – 5 Tage Zeit haben. Herr Kamps weist auf den Untertitel „Das richtige Hilfsmittel für mich“ hin. Dieser ist der Titel des von ihm geschriebenen Buches und dort können die Information nachgelesen werden.

### **„Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel – Eine rechtliche Einordnung“**

Kenntnis über diese Einordnung zu erlangen ist wichtig, um Anträge überhaupt stellen zu können. Man muss die Sprache der Krankenkasse sprechen (Zitat Herr Dipl.-Ing. Kamps), denn es kommt auf die Formulierung an.

Mögliche Kostenträger für Hilfsmittel sind hauptsächlich die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (SGB V) = Sozialgesetzbuch, aber auch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) (SGB XI). Sie ist unter Umständen bei Pflegebedarf zuständig und wenn Pflege droht. Bei einer Privaten - Kranken und Privaten - Pflegeversicherung gelten die Regeln, die im Vertrag festgehalten wurden, bieten aber den Vorteil, dass eine Verhandlung über ein Hilfsmittel etc. gegebenenfalls möglich ist.

Der Gesetzgeber verlangt, dass Betroffene selbst eine Eigenleistung/Zuzahlung erbringen. Versicherte der GKV erhalten Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB).

Dieses Gesetz wurde aufgrund des Bundesteilhabegesetzes (SGB IX) geändert.

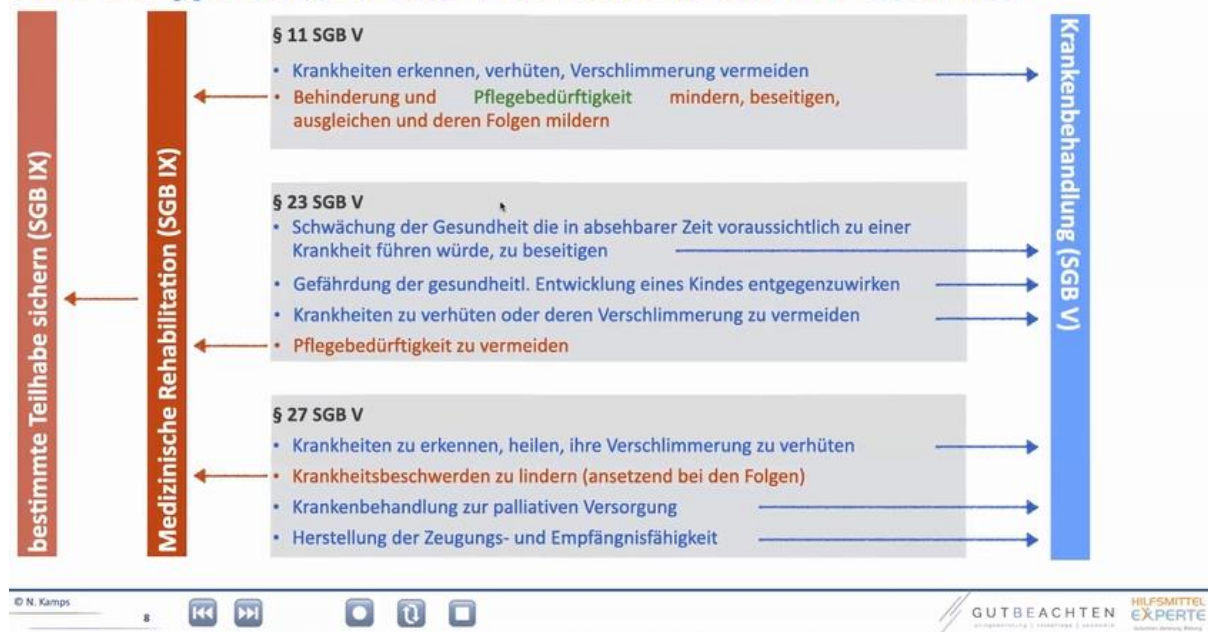
Herr Kamps stellt anhand zusammengefasster Gesetzestexte dar, worauf es bei den Anträgen ankommt.

**§ 11 SGB V** besagt, dass Versicherte Anspruch auf Leistungen haben. Das umfasst den Anspruch auf Behandlung einer Krankheit, aber darüber hinaus auch den Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Durch das **SGB IX** ist die Teilhabe am Leben durch eine medizinische Rehabilitation zu bekommen. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden unter Berücksichtigung des Neunten Buches (**SGB IX**) erbracht, es bedarf aber bestimmter Voraussetzungen.

**„Hilfsmittel im Leistungsrecht“** zeigt auf, dass die GKV laut **§ 5 des SGB IX** zwar für medizinische Rehabilitation mit den Zielen: Sicherung der Heilbehandlung (chronisch Kranke), Pflegebedürftigkeit verhindern, Behinderungsausgleich im Rahmen der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens, zuständig ist, aber **nicht** für Teilhabe am Arbeitsleben, Unterhaltssicherung und andere ergänzende Leistungen, Teilhabe an Bildung und Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Die Krankenbehandlung und Leistung der Pflegeversicherung stehen nicht unter dem Dach des **SGB IX** wodurch es rechtlich zu Übergang- /Schnittstellen kommt. Das erschwert das Stellen von Anträgen, weil unterschiedliche Fristen gelten und die Zuständigkeit nicht immer offensichtlich ist. Generell ist aber immer die Krankenkasse der Ansprechpartner.

## Ziele der §§ 11, 23, 27 SGB V im Kontext zum SGB IX und XI



Die blau gekennzeichneten Ziele, dienen der Krankenbehandlung (SGB V) z.B. Arztbesuche und Hilfsmittel zur Unterstützung der Krankenbehandlung wie z. B. Inhalatoren. Bei den rot gekennzeichneten Zielen gelten das SGB IX mit dem SGB V zusammen. Das umfasst die medizinische Rehabilitation (Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich wie Rollstuhl, Rollator etc.) und einen gewissen Teil bestimmter Teilhabe. Das grün gekennzeichnete Ziel betrifft die Schnittstelle zur Pflegeleistung/Pflegeversicherung, trotzdem wird der Antrag an die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gestellt. Sollte diese nicht zuständig sein, ist die verpflichtet, den Antrag an die zuständige Stelle weiterzuleiten!

### Hilfsmittel der GKV (Anspruch)

Herr Kamps macht darauf aufmerksam, dass jeder den **§ 33 des SGB V** kennen soll.

Absatz 1: Versicherte haben **Anspruch** auf Produkte **wie:** Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische Hilfsmittel, andere Hilfsmittel, und unter bestimmten Umständen auch Sehhilfen, wenn sie **im Einzelfall** erforderlich sind, um

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

Der Einzelfall bezieht sich immer individuell auf den Antragsteller, weil der **Betroffene Bedarf hat** und nicht, weil er an einer bestimmten Erkrankung leidet. Das Produkt muss im **Einzelfall** notwendig sein. Punkt a) gehört zur Krankenbehandlung und es wird regelhaft eine ärztliche Verordnung benötigt; b) und c) sind der medizinischen Rehabilitation zugehörig. Hier ist der Arzt nicht unbedingt zwingend erforderlich, aber damit der Antrag gelingt sollte auch hier immer eine ärztliche Verordnung vorliegen! Die Möglichkeiten a), b), und c), sind die drei Alternativen der Hilfsmittelversorgung, d.h. sie müssen nicht gemeinsam erfüllt werden. Es reicht, wenn die Notwendigkeit der Versorgung sich aus einer Alternative ergibt.

**§ 11 des SGB V** besagt, dass die Leistungen b) & c) auch nach SGB IX erbracht werden müssen.

**Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation – Anspruch gemäß § 33 SGB V in Verbindung mit SGB IX § 47 des SGB IX** besagt, **Hilfsmittel umfassen** die Hilfen, die 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**.

1.-3. sind ebenfalls Alternativen. Vor 2018 wurde Punkt 2. der Krankenbehandlung gleichgesetzt und kam nur in akuten Fällen zum Einsatz, doch dient die Sicherung der Heilbehandlung chronisch Kranken Menschen und hat das Ziel der Rehabilitation. Somit gilt gemäß Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus 2018 für Heilbehandlung und Krankenbehandlung verschiedenes Recht. Viele Krankenkassen wissen das nicht. Sie ziehen die Heilbehandlung immer noch gleich. Ggf. muss die KK darauf aufmerksam gemacht werden.

**Hilfsmittel zur Pflege – eine Leistung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) § 40 SGB XI**

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die

1. zur Erleichterung der Pflege,
2. zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder
3. ihm eine **selbständigere** Lebensführung ermöglichen,

soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.

Hier ist in Punkt 3 wichtig zu beachten, dass es nicht um eine selbständige, sondern um eine **selbständigere** Lebensführung geht. Für selbständige Lebensführung ist die GKV zuständig und für **selbständigere** die Pflegeversicherung. Der Unterschied besteht darin, dass **selbständigere** Lebensführung nur einen kleinen Teilbereich umfasst. Selbständig umfasst 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr. Wenn für diesen Zeitraum – also immer – ein bestimmtes Hilfsmittel benötigt wird, ist die GKV zuständig. Wird das Hilfsmittel nur für ein paar Minuten oder Stunden benötigt, um ein **selbständigeres** Leben zu führen, ist die Pflegeversicherung zuständig. 1. – 3. sind Alternativen der Pflegeversicherung und auch hier reicht es aus, wenn eine Bedingung erfüllt wird.

**Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel: Sich ergänzende Versorgungs**



### **Was sind denn nun Hilfsmittel?**

Diese Frage erscheint leicht beantwortbar – aber so ist es nicht. Ein Rollstuhl oder ein Rollator sind offensichtlich als Hilfsmittel einzustufen. Aber was ist mit einer Tasse. Sie ist in der Regel ein Gebrauchsgegenstand – aber die Schnabeltasse oder Tassen mit speziellen Griffen können als Hilfsmittel eingestuft werden. Es kommt immer auf den Einzelfall an. Dieser definiert sich hier über die vom Hersteller definierte Zweckbestimmung des Produkts und die tatsächliche Bedeutung für das tägliche Leben. Nur Produkte die speziell für die Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen hergestellt werden und die im Alltag auch überwiegend von diesem Personenkreis genutzt werden, können Hilfsmittel sein. Ansonsten werden sie als Gebrauchsgegenstand eingeordnet und dürfen damit aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nicht von den Krankenkassen übernommen werden.

### **Hilfsmittel sind somit technische Hilfen/Lösungen für:**

- **Akut kranke** Menschen
- **Chronisch kranke** Menschen
- Menschen mit **Behinderung**
- Menschen mit **Pflegebedarf**
- **Menschen die unmittelbar von Krankheit oder Behinderung bedroht sind**

Hilfsmittel sind **speziell für diese Menschen hergestellte Produkte** und spezielle zur Nutzung erforderlichen **Dienstleistungen** wie z.B. Anpassung, Einweisung, Schulung, Wartung, Reparatur. Hilfsmittel werden **selbständig** von den Betroffenen **oder selbstbestimmt** für die Betroffenen eingesetzt. Kann ein Betroffener seinen Willen nicht mehr äußern, z. B. bei Demenz, muss der mutmaßliche Wille angenommen werden. Selbstbestimmt bedeutet z.B., dass der behinderte Mensch von jemand anderem in Rollstuhl geschoben wird. Wäre es eine selbständige Handlung, würde der Behinderte selbst mit den Händen die Greifreifen antreiben oder den Joystick des Elektrorollstuhls bedienen und sich fortbewegen. Viele Krankenkassen behaupten, dass Produkte, die selbstbestimmt genutzt werden, keine Hilfsmittel sind. Das ist falsch. Sie sind evtl. zusätzlich Hilfsmittel der Pflegeversicherung, aber immer auch Hilfsmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Selbst beim GKV Spitzenverband – dem obersten Krankenkassenverband – steht in Publikationen, dass Hilfsmittel selbständig genutzt werden. Das ist falsch! Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat eindeutig festgelegt, dass Hilfsmittel auch selbstbestimmt genutzt werden können. Es gibt viele verschiedene Hilfsmittel. Im Hilfsmittelverzeichnis der GKV sind um die 4.000 Arten verzeichnet. Dieses ist aber nicht abschließend. Es wird von ca. 25.000 verschiedenen Hilfsmittelarten ausgegangen. Deswegen muss im Einzelfall entschieden werden, ob es sich um ein Hilfsmittel handelt oder nicht.

### **Hilfsmittel der GKV (Definition gemäß SGB V)**

Laut § 33 des SGB V haben Versicherte Anspruch auf Produkte **wie:** Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische Hilfsmittel, andere Hilfsmittel, (Sehhilfen). Das ist nur eine Auswahl. Andere Hilfsmittel werden nicht explizit benannt. In dem Fall greift die Formulierung Anspruch auf Produkte **WIE**. Wie ist Juristen-Deutsch und bedeutet „beispielsweise“ und ist damit nicht abschließend!

### **Aber was sind denn nun andere Hilfsmittel?**

Die meisten Hilfsmittel gehören zu den „Anderen“! Diese umfassen z.B. Rollstühle, Rollatoren, Toilettensitzerhöhungen und vieles mehr. Leider fehlt eine genaue Definition, was ANDERE Hilfsmittel eindeutig belegt und deswegen gibt es Diskussionen mit den Krankenkassen. Ein spezieller, adaptierter Löffel z.B. ist ein Hilfsmittel, wird aber von den KK oft nicht so gesehen, da ein Löffel zu den Gebrauchsgegenständen gehört. Mit einem „normalen“ Löffel“ kann der Betroffene aber nicht essen,

also ist es ein Hilfsmittel, da gesunde Menschen diesen Löffel nicht nutzen würden, da er speziell für Menschen mit Behinderungen entwickelt wurde und für den gesunden Menschen auch unpraktisch wäre.

### **Hilfsmittel der GKV oder Gebrauchsgegenstand?**

Produkte werden nicht als Hilfsmittel definiert, wenn sie als Gebrauchsgegenstand von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind (z.B. Fernsehsessel mit integrierter Aufsteh-/Katapultfunktion, da dieser auch von Personen ohne Krankheit/Behinderung erworben werden würde). Da die Aufstehfunktion aber dem Ausgleichen einer Behinderung dient, übernimmt die GKV bei Bedarf eine Aufstehhilfe, die unter einen normalen Sessel montiert wird, auch wenn diese Montage teurer wird als der Sessel mit integrierter Funktion.

### **Hilfsmittel – Definition gemäß SGB IX**

**§ 47 SGB IX** besagt, dass Hilfsmittel die Hilfen umfassen, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können. Deswegen gehört z. B. ein Treppen-Lifter nicht zu den Hilfsmitteln der GKV.

„Andere“ Hilfsmittel sind nicht abschließend definiert, aber die Definition aus der Rechtsprechung besagt: Hilfsmittel werden

- von den **Versicherten** oder der betreuenden **Bezugsperson selbstständig oder selbstbestimmt** genutzt,
- sind **sächliche Gegenstände** bzw. speziell **definierte Dienstleistungen** bei der Hilfsmittelabgabe/-nutzung,
- sind **keine Gebrauchsgegenstände**,
- **können Medizinprodukte sein (müssen aber nicht)**.
- Dienen mindestens einer der **vier Versorgungsalternativen**,
- Sind stets **im Einzelfall** erforderlich,
- **Können** (müssen aber nicht) im Hilfsmittelverzeichnis **aufgeführt sein**.

Kosten für Schulungen, Wartung, Reparatur, Unterhalt (z. B. Ladestrom bei E-Rollstuhl) der Hilfsmittel müssen ebenfalls von der KK übernommen werden.

Ein Pflegebett kann z.B. sowohl Leistung der GKV als auch der Pflegeversicherung sein. Der Unterschied liegt nur im Ziel. Das behinderungsgerechte Bett soll dem einfachen Ein- und Aussteigen dienen, es gleicht also die Behinderung aus und als Pflegebett dient es dazu, im Bett von einer Pflegeperson versorgt zu werden (Sicherstellung der Pflege). Deswegen ist es wichtig, die Ziele zu formulieren, da sich damit u. U. die Zuzahlung, die Zuständigkeit, die Ansprüche und das Produkt ändern. Eine Doppelfunktionalität eines Produktes (Beispiel Pflegebett) kann auch gegeben sein.

### **Der Behinderungsausgleich – Ein spezielles Thema**

**Unmittelbarer Behinderungsausgleich** umfasst z.B. die Versorgung mit Arm-, Beinprothesen, Orthesen, um wieder greifen/gehen zu können. Es wird ein verlorengegangenes Körperteil (z.B. ein Bein) ersetzt oder eine verlorengegangene Körperfunktion (z. B. das Greifen) wieder ermöglicht. Dabei muss immer die bestmögliche Versorgung, die einem gesunden Körperteil am nächsten kommt, genehmigt werden, solange der oder die Betroffene das Hilfsmittel noch nutzen kann.

**Mittelbarer Behinderungsausgleich:** umfasst Hilfsmittel, die die direkten und indirekten Folgen einer Behinderung ausgleichen (z.B. Rollstuhl) Hier besteht kein Anspruch auf das bestmögliche Hilfsmittel, sondern nur auf das notwendige, um Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen. Hier wird

nicht die Körperfunktion (z.B. Gehen) wieder hergestellt, somit die Behinderung selbst (hier nicht Gehen können) ausgeglichen, sondern es werden die Folgen der Behinderung (hier fehlende Möglichkeit einen Ortswechsel vorzunehmen) ausgeglichen. Der Rollstuhl wäre damit ein mittelbares Hilfsmittel, denn er ermöglicht den Ortswechsel, nicht aber die Körperfunktion des Gehens. Unmittelbare und mittelbare Hilfsmittel können sich ergänzen (z.B. Versorgung mit Orthesen/Prothesen und Rollstuhl). Die meisten Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich sind mittelbare Hilfsmittel.

### **Grundbedürfnisse des täglichen Lebens (gemäß Bundessozialgericht)**

Definition kann sich jederzeit ändern. Gemäß aktuellem Stand zählen zu den **allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens** das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, Ausscheidung und die elementare Körperpflege.

**Erweiterte Grundbedürfnisse zur Teilhabe am Leben** umfassen das selbständige Wohnen, (und das dafür notwendige) Erschließen eines gewissen körperlichen (= Mobilität) und geistigen Freiraums (= Kommunikation und Informationsgewinnung). Die Integration in die Gruppe Gleichaltriger wird begrenzt auf heranwachsende Kinder und Jugendliche (bis zum vollendeten 15. Lebensjahr).

Sprechen ist nicht als Grundbedürfnis aufgeführt, was aber nur bedeutet, dass es dazu bisher keine Urteile gab. Sprechen gehört aber zur Kommunikation und damit zum Erschließen eines geistigen Freiraums.

Das Grundbedürfnis „gewisser körperlicher Freiraum“ (Leitsätze BSG) ist immer auf durchschnittliche Wohnverhältnisse abzustimmen, die das BSG folgendermaßen definiert:

- Ebenerdige Wohnung, ohne Stufen und Treppen innerhalb der Wohnung
- Ebenerdiger Zugang zur Wohnung ohne Stufen bzw. Aufzug vorhanden
- Barrierefreie Wohnungen sind nicht durchschnittlich
- Einrichtungen der Grundversorgung (Arzt, Apotheke, Supermarkt etc.) sind fußläufig (ca. 2,5 km bis 3 km) zu erreichen.

Umwelterfordernisse wie z. B. steile Hügel, weit abgelegene Wohnlage etc. dürfen nicht zu einer besonderen Hilfsmittelversorgung führen.

**Auf dem Weg zum Hilfsmittel: Einzelfall und Wirtschaftlichkeitsgebot** – Welche Argumente müssen berücksichtigt werden?

#### **Einzelfall – Was ist das genau?**

§ 33 SGB V und § 47 SGB IX verlangen eine Auswahl des Hilfsmittels unter Berücksichtigung des Einzelfalls. Das Hilfsmittel muss **notwendig** sein, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Die individuellen Verhältnisse der Versorgungssituation sind zu berücksichtigen und es muss zwingend auf die individuellen Verhältnisse und Lebensumstände des Betroffenen eingegangen werden (Ausnahme im Rahmen der Mobilität, siehe oben) damit das passende Hilfsmittel gefunden werden kann. Jede Eigenschaft und Funktion des Hilfsmittels muss begründet werden. Nur erforderliche Eigenschaften und Funktionen dürfen erstattet werden. Nicht notwendige Eigenschaften und Funktionen müssen als Mehrkosten selbst finanziert werden. Individuelle Begründungen aber auch Prüfungen und Ablehnungen sind erforderlich!

#### **Wirtschaftlichkeitsgebot – Grundprinzip im SGB V**

Laut § 12 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Was ist ausreichend und zweckmäßig? **Ausreichend** ist eine Leistung, die nach Art und Umfang genügt, um die jeweilige, individuelle Zielsetzung zu erreichen. Sollten geringere Leistungen ausreichen, ist das Hilfsmittel nicht mehr zulässig, wenn geringe Leistung nicht ausreicht, ist mehr erforderlich. Es wird somit eine punktegenaue Versorgung gefordert.

**Zweckmäßig** ist, was nach der Wirkung ausreicht, um das Versorgungsziel zu erreichen. Die Eigenschaften des Hilfsmittels müssen dafür nachweisbar sein. Es muss wirksam sein, bzw. den erforderlichen Gebrauchsvorteil im Einzelfall bieten. Eine (Behandlungs-)Methode muss dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (§ 2 SGB V).

Stellungnahmen (vom Arzt, Therapeuten, bei Kindern auch Lehrer etc.) legen begründet dar, warum bestimmte Versorgungsmöglichkeiten ausreichend und zweckmäßig sind. Diese Stellungnahmen dem Antrag beilegen. Je mehr Infos, welche Ziele mit dem Hilfsmittel erreicht werden sollen, desto besser.

Wichtiger Grundsatz an die KK, wenn diese argumentieren, dass das Hilfsmittel aber so teuer sei: „Geld hat man zu haben!“ Die KK verlangen auch Zuzahlungen etc. vom Patienten und diese können auch nicht sagen, dass es zu teuer sei.

### **Das Maß des Notwendigen:**

Es verbietet ein Übermaß nach Art und Umfang der Leistung. Es gebietet aber auch das zur Zielsetzung Notwendige einzusetzen. Weniger aufwändige Leistungen der konkreten Bedarfssituation, die vom Umfang her, ausreichend und zweckmäßig sind, müssen hingenommen werden, auch wenn andere Leistungen für sich alleingegen wirtschaftlich sind. Die Versorgung mit einer Leistung ist notwendig, wenn sie zur Zielerreichung unentbehrlich, unvermeidlich und unverzichtbar ist. Die zu erfüllenden Ziele richten sich nach den Aufgaben der GKV, d.h. nach den Versorgungsalternativen.

**Voraussetzungen (Kontextfaktoren) und Ziele müssen stimmen!** Stimmen die körperlichen Voraussetzungen? Kann mit dem Hilfsmittel das Ziel überhaupt erreicht werden (mit Rollator zum Supermarkt gehen)? Stimmen die kognitiven Voraussetzungen (wird der Hin- und Rückweg „gefunden“)? Ein weiterer Kontextfaktor ist die Umwelt (alles ebenerdig, deshalb kann mit dem Rollator gut gelaufen werden). Der wichtigste Kontextfaktor ist Hilfsmittel inkl. Zubehör (Rollator mit Sitz, Stockhalter, Korb etc.).

### **Wirtschaftlichkeit – Prüfung durch die Krankenkasse**

(Zitat Herr Dipl.-Ing. Kamps: „Ein Hilfsmittel muss passen wie ein Schuh!“)

Wirtschaftlichkeit ist die Abwägung zwischen Aufwand und Wirkung. Eine günstige Kosten-Nutzen-Relation muss erreicht werden. Nur notwendige, ausreichende und zweckmäßige Leistungen können wirtschaftlich sein. Alternative Möglichkeiten müssen gleichermaßen ausreichend und zweckmäßig sein! Die Entscheidung liegt immer bei der KK und nicht beim MDK!

### **Nachweis der Notwendigkeit einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung**

In welchen Fällen ist eine ärztliche Diagnose/Entscheidung notwendig?

Bei Hilfsmitteln zur Sicherung der Heil- und Krankenbehandlung, zur Vorbeugung einer Behinderung, zum Ausgleich einer Behinderung, wenn gleichzeitig die Kranken-/Heilbehandlung gesichert ist.

Umgekehrt bedeutet das, dass für ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich kein ärztliches Attest erforderlich wäre, es aber von Vorteil ist, dieses Rezept dem Antrag beizulegen. Zudem verlangt die KK in der Praxis IMMER ein ärztliches Rezept/Verordnung. Es sollte mit dem Arzt im Vorfeld besprochen werden, was auf dem Rezept stehen muss. Der Arzt ist durch vertragliche Regelungen und durch das Gesetz gefordert, das Hilfsmittel so präzise wie möglich zu verordnen, siehe folgende Ausführungen.

### **Instrumente zur Feststellung der Notwendigkeit (SGB IX)**

Die Krankenkassen müssen zur Prüfung Instrumente nach den Leistungsgesetzen verwenden. Diese Instrumente gewährleisten eine individuelle Einzelfallbezogene und funktionsbezogene Bedarfsermittlung. Dadurch wird die Dokumentation und Bedarfsermittlung erfasst und gesichert. Die Instrumente dienen dazu festzustellen, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe hat, welche Ziele erreicht werden sollen und eine Prognose zur Zielerreichung abzugeben. Die Prognose erfolgt durch den Arzt.



Die Hilfsmittelrichtlinie ist für die Versorgung mit Hilfsmitteln verbindlich. Zu finden auf der Webseite des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) unter: <https://www.g-ba.de/> Zwei Paragraphen dieser Richtlinie sind für die Beantragung von Hilfsmitteln nützlich.

### **§ 6 Allgemeine Verordnungsgrundsätze (HilfsM-RL)**

Der Arzt muss für die Verordnung die individuellen persönlichen Lebensumstände des Patienten berücksichtigen und sich einen Eindruck über den Zustand des Versicherten machen. Die Notwendigkeit einer Verordnung ergibt sich nicht allein aus einer Diagnose. Unter Gesamtbetrachtung (ICF) der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) der noch verbleibenden Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind Bedarf, Fähigkeit zur Nutzung, Prognose und Ziel einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Ein korrekter Antrag beinhaltet folgendes:

#### **ICF zur Beschreibung des Hilfebedarfs (vereinfachte, adaptierte Version)**

1. *Gesundheitszustand (Diagnose des Arztes = PM, DM, etc.)*  
Beschreiben, was eine Myositis ist. Entweder durch den Arzt oder einen Bericht der Reha, Krankenhaus, Pflegegutachten etc. - Dokument sollte nicht zu alt sein)
2. *Weiterführende Unterlagen* aus denen hervorgeht:  
*Worin der körperliche Schaden (Abweichung) besteht.* (z.B. Muskelkraft in Beinen und Armen ist reduziert usw.)
3. *Welche Körperlichen Aktivitäten, Tätigkeiten sollen gewährleistet werden* (Grundbedürfnisse) (z.B. nicht gehen und greifen eingeschränkt etc.)  
Hier ist ein Bericht/Stellungnahme von Physio- und/oder Ergotherapeuten sehr hilfreich.
4. *Teilhabe im Sinn des SGB IX (erweiterte Grundbedürfnisse)* körperlicher Einsatz wie einkaufen, Arztbesuch ist eingeschränkt.  
Durch diese Auflistung kann die KK erkennen, dass sie das alles erfüllen muss, damit sich der Gesundheitszustand nicht verschlechtert und sie zuständig ist.

Damit die KK auch weiß, wie sie nun helfen soll muss ihr folgendes mitgeteilt werden:

5. Dazu die *Kontextfaktoren Umwelt* (Hilfsmittel, Wohn- und Lebensumfeld) beschreiben – z.B. Wohnung ist barrierefrei, aber es wird ein Rollstuhl mit Restkraftunterstützung benötigt, um sich in und außerhalb der Wohnung zu bewegen).
6. Der *Kontextfaktor Person* gibt Aufschluss über die Motivation (Wollen) und das Wissen (Können - Erprobung des Hilfsmittels, Wissen, dass es ohne dieses Hilfsmittel schlechter wird) des Versicherten. Erprobungsbericht beilegen! Ebenfalls einen Kostenvoranschlag erstellen lassen und mit den anderen Unterlagen gemeinsam einreichen.

Das Anschreiben an die KK mit welchem der Antrag eingereicht wird, sollte wie folgt aussehen:

#### **Beschreibung des Hilfebedarfs auf Basis der ICF**

1. Störungsbildabhängige Diagnostik (Untersuchungen/Tests) liefert Daten zur Diagnose und Gesundheitszustand (ICD-10 Code).
2. Daraus ergeben sich funktionelle und/oder strukturelle Schädigungen (z.B. betroffene Organe, Körperteile).
3. Das hat zur Folge: Fähigkeitsstörungen, beeinträchtigte und verbleibende Aktivitäten (Körperfunktion z.B. Greifen) Dieser Punkt ist Teil der Grundbedürfnisse.
4. Aus diesen Störungen entstehen Auswirkungen die Teilhabe und Folgen der Behinderung (z.B. selbständige Lebensführung) welche wiederum Teil erweiterten Grundbedürfnisse sind.
5. Daraus ergibt sich das Versorgungsziel ggf. inkl. begründeter Prognose. Hier muss exakt benannt werden, warum das Hilfsmittel benötigt wird!



6. Daraus bestimmt der Versicherte den Hilfs- oder Versorgungsbedarf (z.B. Hilfsmittel, Schulungen, Anpassungen bestehender Versorgungsleistungen).
- Diesen Antrag mit den Kontextfaktoren ausfüllen, inwieweit sie sich auf die Grundbedürfnisse etc. auswirken. (= 6A-6C s.u.)

In dem Brief an die KK steht nun Folgendes:

Liebe KK./Sehr geehrte.....

Ich habe Myositis, siehe ärztlicher Bericht. (s.o. 1.)

Meine Arme und Beine sind betroffen, meine Muskelkraft ist eingeschränkt. (s.o. 2.)

Ich kann nicht mehr als XY Meter gehen. Meine Armkraft ist reduziert, so dass ich keine schweren Gegenstände heben kann. (s.o. 3.) (siehe dazu den Bericht des Physiotherapeuten, letzte Pflegebegutachtung etc.)

Die Mobilität außer Haus ist mir ohne Hilfsmittel nicht mehr möglich. Ich kann nicht einkaufen (s.o. 4.)

Ich möchte wieder außer Haus mobil sein, um mich im nahen Wohnumfeld zu bewegen. Nur dann kann ich wieder einkaufen oder spazieren gehen, den Arzt aufsuchen..... (s.o. 5.)

Ich benötige einen Rollstuhl. Aufgrund meiner Kräfteinschränkung muss dieser über eine Restkraftunterstützung verfügen. Ich habe zudem ein Rückenleiden und benötige eine spezielle Sitzanpassung mit Rückenwinkelverstellung. (s.o. 6a.)

Einen entsprechenden Rollstuhl habe ich ausgetestet. Das Modell XY ist für mich ausreichend und am zweckmäßigsten – siehe Kostenvoranschlag. (s.o. 6b)

Zudem benötige ich eine Einweisung/Training in die Handhabung des Servoantriebs (s.o. 6c).

Liebe KK ich gebe Dir 14 Tage Zeit. Vielen Dank. Sendung an...

Mit freundlichen Grüßen...

Diese Auflistung muss selbstverständlich an die persönlichen Bedürfnisse, Ziele, Einschränkungen angepasst und individualisiert werden!

#### **§ 7 Absatz 2 – Inhalt der Verordnung (HilfsM-RL)**

Vorab ist zu sagen, dass es kein Budget für Hilfsmittel gibt und der verordnende Arzt keine Sorge vor Regressansprüchen etc. haben muss. Das Hilfsmittel muss so genau wie möglich bezeichnet werden. Das gilt hinsichtlich Funktion, Zweck, Datum, Diagnose, Anzahl etc.

#### **§ 7 Absatz 3 – Inhalt der Verordnung (HilfsM-RL)**

Ärzte können auch Hilfsmittel verordnen, die keine Hilfsmittelnummer aufweisen. Im Gesetz steht nur, dass sie Hilfsmittel verordnen SOLLEN, die im Hilfsmittelverzeichnis stehen. Aber nicht MÜSSEN.

Wenn der Arzt ein spezielles Hilfsmittel verordnen möchte, ist das Ausstellen einer individuellen Verordnung immer möglich. Er muss in dem Fall seine Entscheidung begründen. Die Begründung kann auch vom Versicherten erbracht werden. (s. Brief an die KK)

Im Hilfsmittelverzeichnis und in der Hilfsmittelrichtlinie selbst steht: „Mit dem Hilfsmittelverzeichnis kann keine Versorgung begründet oder abgelehnt werden!“

**Laut § 4 (HilfsM-RL)** ist das Hilfsmittelverzeichnis nicht abschließend! Wenn die KK ein Hilfsmittel nicht genehmigen, weil „das nicht geht“, immer nach dem Nachweis fragen, wo es denn niedergeschrieben ist.

#### **Zwei Arten Anträge zu stellen:**

1. Über eine ärztliche Verordnung und Antragsschreiben (s. Brief KK)
2. Der MDK oder ein Pflegegutachter müssen nach einem Hausbesuch in ihrem Gutachten eine Empfehlung zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln abgeben. Diese Empfehlungen sind verbindlich und müssen von der KK und Pflegekasse beachtet werden. § 18 (6a) SGB XI

Die Pflegekasse muss dem Antragsteller unverzüglich über die Entscheidung des Antrags informieren. Diese kann aufgrund der Gesetzeslage für den Versicherten nur positiv ausfallen. Für den Antrag ist ein **Kostenvoranschlag** und eine **Erprobung** zu empfehlen, aber ein Rezept vom Arzt ist nicht notwendig. **Argumentation** auch hier anbringen. Während der Pflegebegutachtung diese drei Dokumente dem Gutachter übergeben und in das Gutachten aufnehmen lassen. Diese Regelung betrifft allerdings nur bestimmte Hilfsmittel, hier rot umrandet:

**Hilfsmittel, welche gem. § 18 (6a) SGB V verbindlich zu empfehlen sind**

01	Absauggeräte
02	Adaptionshilfen
03	Applikationshilfen
04	Bade- und Duschhilfen
05	Bandagen
06	Bestrahlungsgeräte
07	Blinderhilfsmittel
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	Kranken-/ Behindertenfahrzeuge
19	Krankenpflegeartikel
20	Lagerungshilfen
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
22	Mobilitätshilfen
23	Orthesen/Schienen
24	Prothesen
25	Sehhilfen
26	Sitzhilfen
28	Stehhilfen
29	Stomaartikel
31	Schuhe
32	Therapeutische Bewegungsgeräte
33	Toilettenhilfen
34	Haarersatz
35	Epithesen
36	Augenprothesen
37	Brustprothesen
99	Verschiedenes
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

© N. Kamps 55

GUTBEACHTEN HILFSMITTEL EXPERTE

Selbst ohne Pflegegrad kann ein Hilfsmittel über diesen Weg angeordnet werden, da die Empfehlung durch den Gutachter ausreichend ist.

### Das Antragsverfahren

Antragstellung immer bei der Krankenkasse! Diese muss es ggf. an die zuständige Stelle weiterleiten, sofern sie nicht zuständig ist!

Die KK hat nach Antragstellung drei Wochen Zeit zur Prüfung. Nach drei Wochen tritt die sogenannte Genehmigungsfiktion ein. Die KK kann ggf. den MDK einbinden (in dem Fall wird die Frist auf fünf Wochen verlängert). Darüber muss die KK den Antragsteller informieren und bekanntgeben, wann die KK sich wieder meldet. Wird diese Frist gebrochen, ist die Genehmigungsfiktion eingetreten.

Wenn die KK innerhalb der Frist ganz oder teilweise ablehnt, sollte Widerspruch eingelegt werden. Dazu der KK mitteilen, dass Widerspruch eingelegt wird (vier Wochen Frist, wenn die Ablehnung zuvor vollständig, d.h., rechtsmittelfähig ausgeführt wurde, das ist nur sehr selten der Fall, ansonsten gilt eine Frist von 12 Monaten) aber noch keine Argumentation geliefert werden kann und um Akteneinsicht bitten (auch die Unterlagen vom MDK). Die Argumentation erfolgt erst nach Erhalt der gesamten Unterlagen.

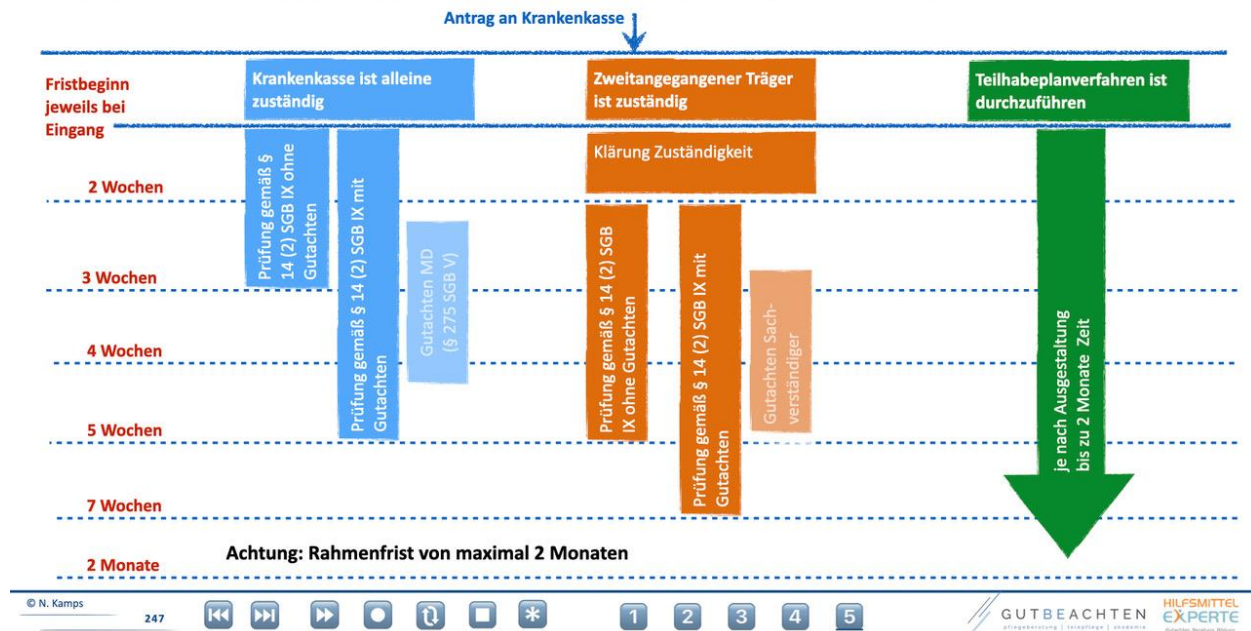
Sollte die Kasse vor Entscheidungsmittlung beim Versicherten anrufen und ablehnen, gilt das als Bescheid. Danach besteht eine Frist von 12 Monaten für eine Widerspruch. Bitte jedes Telefonat aufschreiben und Inhalt des Gespräches notieren. Falls es zur Klage kommen sollte, wird der Richter es anerkennen.

Der Widerspruch wird, ggf. durch Einbindung des MDK, geprüft. Dazu hat die KK ein halbes Jahr Zeit. Nach interner Prüfung durch den Widerspruchsausschuss ergeht ein neuer Bescheid an den

Versicherten. Sollte die KK weiterhin ablehnen, hilft nur eine Klage beim Sozialgericht. Dazu muss aber vorher zwingend der MDK eingebunden worden sein. Bei Unzufriedenheit mit dem MDK besteht die Möglichkeit eine Schiedsperson im MDK zu kontaktieren.

Die Fristen können unter Umständen abweichen (s. Tabelle)

## Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation - § 14 SGB IX



### Kontakt Daten Herr Kamps:

Dipl. Ing. Norbert Kamps

www.hilfsmittelexperte.de

E-Mail: [norbert.kamps@hilfsmittelberater.eu](mailto:norbert.kamps@hilfsmittelberater.eu)

### Fragen an Herrn Kamps:

1. „Wie stelle ich einen Anspruch an meine private Krankenversicherung, wenn der Vertrag schon sehr alt ist und viele Aspekte bei Abschluss noch gar nicht bedacht worden sind? Gilt ein Verweis auf das SGB evtl. auch hier?“

Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Nein. Der Vertrag, auch wenn er vor 30, 40 oder mehr Jahren abgeschlossen wurde, ist gültig. Allerdings gibt es Rechtsprechung aus dem Bereich der Verwaltungsgerichtsbarkeit und Zivilgerichtsbarkeit. Dort kann es gerade bei Altverträgen Änderungen geben. Aber es ist sehr individuell, hängt vom Vertrag ab und es gibt keine gesetzliche Regelung. Am besten bei der KK nachfragen und darauf hinweisen, dass die GKV diese Posten auch übernimmt und von der Privaten Krankenversicherung wird ein mehr an Leistung erwartet.

2. „Wenn der Treppen-Lifter kein Hilfsmittel ist, was ist es dann?“

Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Er ist kein Hilfsmittel der GKV. Er kann z. B. ein Hilfsmittel der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung sein. Das ist ein ganz anderer Rechtsbereich. Im Bereich der GKV und Pflegeversicherung ist er kein Hilfsmittel, sondern eine Wohnumfeldverbessernde Maßnahme, und wird nach dem Recht der Pflegeversicherung nur bezuschusst, aber nicht komplett bezahlt. Für diesen Anspruch ist ein (drohender) Pflegegrad notwendig.

3. „Inwieweit wird ein Therapie-Dreirad als Hilfsmittel genehmigt und wie müsste die Argumentation formuliert werden?“

Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Es kommt auf verschiedene Dinge an. Für alle unter 16 Jahren ist es ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich, da die Mobilität gegeben sein soll, damit ein Treffen und Spielen mit Gleichaltrigen möglich ist. Ab einem Alter von 16 Jahren sagt die Rechtsprechung, dass es immer noch ein Hilfsmittel ist, aber nur noch ein gewisser Anspruch auf Mobilität besteht. Dieser gewisse Anspruch umfasst nicht mehr das Fahrradfahren (ein Therapiedreirad gilt rechtlich gesehen als Ersatz für ein Fahrrad). Bei Erwachsenen werden Therapiedreiräder, die dem Behinderungsausgleich dienen sollen, um mobil zu sein, abgelehnt. Die Vorgehensweise muss angepasst werden. Als Argument für die GKV könnte der Trainingsaspekt (Muskeln trainieren, Gleichgewicht halten etc.) dieses Gerätes gelten, es fällt in dem Fall in den Bereich der Heilbehandlung. Dafür wird ein Schreiben des Arztes benötigt, in dem dieser erklärt, dass dieses Gerät unbedingt notwendig ist, da es sonst zeitnah zu einer Verschlechterung der Behinderung kommt.

4. *„Ich benötige in naher Zukunft eine leichte Lenkung für mein Kraftfahrzeug. Damit ich weiterhin zur Physiotherapie, Ergotherapie fahren kann. Werden die Kosten für Rentner übernommen?“*

Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Höchstwahrscheinlich nicht. Das Fahren eines Autos gehört nicht zu den Grundbedürfnissen. Das Erschließen eines körperlichen Freiraums (s.o.) wird ausgehebelt, da es nicht vollumfänglich, gültig ist, sondern nur zu einem gewissen Teil. Selbst das Fahren in die nächste Stadt ist nach der Definition (gewisser körperlicher Freiraum) zu viel und deswegen ist Autofahren keine Leistung der GKV.

Hinweis eines anderen Teilnehmers: Evtl. Möglichkeiten über den Landeswohlfahrtsverband/ Eingliederungshilfe etc. Auch hier sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Z.B. das Arbeiten in einem Ehrenamt.

5. *„Wenn ich mein Auto benötige, um zum Arzt zu kommen, weil ich weit außerhalb wohne, zahlt die GKV dann den Umbau?“*

Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Nein, da es nicht zu den erweiterten Grundbedürfnissen gehört. Der gewisse körperliche Freiraum umfasst nur einen Nahbereich (für Gesunde zu Fuß erreichbar- 2003 definiert) von 2,5 – 3,0 km. In diesem Bereich müssen Arzt, Apotheker, Supermarkt, Therapeuten sich befinden, damit ich Hilfsmittel erhalte, um sie aufsuchen zu können. Bewegung außerhalb des Nahbereiches gehört nicht zu dem gewissen körperlichen Freiraum. Sollte keine andere Möglichkeit bestehen, Arzt etc. aufzusuchen, muss man in den Nahbereich umziehen. Besonderheiten des Wohnumfeldes sind bei der Hilfsmittelversorgung durch die GKV nicht zu berücksichtigen (SGB IX § 2).

6. *„Wie muss ich argumentieren, damit ich in einem Berggebiet einen leistungsstarken Rollstuhl erhalte?“*

Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Argumentation mit dem Berggebiet ist nicht hilfreich, da ein Umzug in eine flache Gegend möglich ist, in der ein leistungsstärkerer Rollstuhl nicht benötigt wird. Eine Argumentation wäre, in seinem Nahbereich mit dem Rollstuhl einkaufen zu fahren und zum Transport von z.B. einer Kiste Wasser ist der Rollstuhl zu leistungsschwach.

7. *„Kann die gesamte Argumentation für ein Hilfsmittel auch für eine Rehabilitation genutzt werden?“*

Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Dem Grunde nach Ja. Es muss sich allerdings nicht auf die Grundbedürfnisse bezogen werden, sondern auf die Ziele der Reha. Z.B. Behandlung chronischer Erkrankung, da muss der Arzt die Argumente liefern.

8. *„Kann ein Pflegegrad durch die Bewilligung eines Hilfsmittels zurückgestuft werden?“*

Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Ja, das ist möglich. Der Rechtsgeber sagt, wenn durch ein (Hilfs-) Mittel eine Behinderung gemindert wird, kann es dazu führen, dass der Pflegegrad abgesenkt werden kann, denn dann besteht der vorherige Anspruch nicht mehr.

9. *„Beträgt die Frist für die KK immer 14 Tage?“*

Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Nein. Aber es ist erst einmal eine angemessene Frist. Die gesetzliche Frist beträgt drei Wochen, bis die KK reagieren muss.

10. *„Gilt die Vorgehensweise für Hilfsmittel auch für medizinische Produkte wie Immunglobuline, da es ein off-label-use Medikament ist?“*

Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Die ersten beiden Schritte sind identisch zu einer Hilfsmittelbeantragung, aber dann muss anders vorgegangen werden. In Punkt drei müssen die Auswirkungen der Erkrankung beschrieben werden. Bei vier und fünf wird es schwierig, denn der Versicherte muss aufzeigen, dass durch Studien belegt werden kann, dass das Medikament wirkt. Sonst muss die KK

nicht bezahlen. Der Antrag kann nur zusammen mit dem Arzt gestellt werden. Es muss ein Nutzen-Nachweis erbracht werden und das ist sehr schwer.

11. *„Wem gehören Hilfsmittel, die von der KK bezahlt werden? Der KK oder dem Versicherten?“*  
Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Eigentumsvorbehalt bleibt bei der KK. Eigentum bleibt aber beim Sanitätshaus o.a. Je nach Vertrag der KK mit dem Sanitätshaus. Der Versicherte hat keinen Anspruch auf ein neues Hilfsmittel, keinen Anspruch auf Übertragung. In der Regel überträgt man nur aus hygienischen Gründen oder bei Geringfügigkeit, alle anderen Hilfsmittel müssen zurückgegeben werden.
12. *„Hilfsmittel wurde selbst angeschafft, übernimmt die KK nachträglich die Kosten?“*  
Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Da Hilfsmittel Sachleistungen sind und von der KK grundsätzlich Sachleistungen übernommen werden, aber kein Geld gezahlt wird, ist das sehr unwahrscheinlich. Ausnahmen gelten, wenn z.B. vorher das Geld beantragt wurde. Da die KK aber zu anderen Konditionen kaufen kann, lohnt es sich normalerweise nicht, dass Hilfsmittel selbst zu kaufen. Zudem die KK nur den Betrag erstattet, den sie selbst gezahlt hätte und noch 3% Verwaltungskosten abziehen darf.
13. *„Die KK möchte eine fehlerhafte Badewanneneinstieghilfe nicht zum zweiten Mal erstatten. Wer ist dafür zuständig?“*  
Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Die KK ist auf jeden Fall zuständig. Es muss gewährleistet sein, dass das Produkt sicher, hygienisch und in einwandfreiem Zustand ist. Die KK muss ein anderes einwandfreies Produkt liefern. Die KK kann ihrerseits prüfen lassen, ob das Produkt einer fehlerhaften Konstruktion unterliegt und sich mit dem Sanitätshaus in Verbindung setzen. Sie könnte dem Versicherten auch fehlerhaftes Bedienen und somit eine Mitschuld vorwerfen, aber das ist faktisch fast nicht beweisbar. Der Versicherte muss auch kein Hilfsmittel extra versichern. Die KK muss das Risiko tragen, dass ein Hilfsmittel kaputtgehen kann.
14. *„Wie lange ist eine Verordnung gültig?“*  
Antwort Dipl.-Ing. Kamps: 29 Tage.
15. *„Gibt es Stellen, die bei der Beantragung dieser Anträge helfen?“*  
Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Selbsthilfvereine und Selbsthilfegruppen, der VdK, Patientenvertreter verschiedener Organisationen. Frau Schlüter weist auf die Hilfsmittelberatung der Bundesgeschäftsstelle der DGM hin, die auch bei Anträgen und Widersprüchen hilft, sofern man Mitglied der DGM ist.
16. *„Gibt es Fristen für Wartungsarbeiten an Hilfsmitteln?“*  
Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Es gibt keine gesetzlich festgelegten Fristen, es greifen die Regelungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung. Es kommt auf das Hilfsmittel an. Bei einem Hilfsmittel das tagtäglich in Gebrauch ist, muss die Frist viel kürzer sein als für ein Hilfsmittel, das seltener gebraucht wird. Es muss eine Zumutbarkeit bestehen.
17. *„Wieviel Anrecht habe ich auf Einsicht meiner Unterlagen?“*  
Antwort Dipl.-Ing. Kamps: Der Versicherte hat Anrecht auf volle Akteneinsicht.