

**Gemeinsames Rundschreiben
der Spitzenverbände der Krankenkassen**

**zugleich handelnd
als Spitzenverbände der Pflegekassen**

AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg
BKK Bundesverband, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Knappschaft, Bochum
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg,

zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln

vom 18. Dezember 2007

Federführend für die Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen:

 **IKK** Bundesverband
Friedrich-Ebert-Straße
(TechnologiePark)
51429 Bergisch Gladbach

Inhalt

1. Vorbemerkung.....	4
2. Gesetzliche Grundlagen.....	4
2.1 Versorgung mit Hilfsmitteln	4
2.2 Versorgung mit Sehhilfen	5
2.3 Versorgung mit Pflegehilfsmitteln.....	6
2.4 Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis	6
3. Hilfsmittelbegriff.....	7
3.1 Legaldefinition und Begrifflichkeit laut Rechtsprechung.....	7
3.2 Medizinische Zielsetzung	8
4. Pflegehilfsmittelbegriff.....	10
4.1 Legaldefinition und Rechtsprechung.....	10
5. Abgrenzung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln zu sonstigen Produkten	11
5.1 Gebrauchsgegenstände	11
5.2 Verbandmittel	12
5.3 Krankenhaus- und Praxisausstattung.....	13
5.4 Sonstige sächliche Mittel in vertragsärztlichen Praxen oder in stationären Einrichtungen.....	13
5.5 Mittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder Abgabepreis.....	14
5.6 Übersicht: Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Sozialen Pflegeversicherung	16
5.7 Übersicht: Keine Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Sozialen Pflegeversicherung	17
6. Leistungsanspruch bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln	18
6.1 Allgemeine Leistungsgrundsätze	18
6.1.1 Vertragsärztliche Verordnung.....	18
6.1.2 Zeitpunkt des Leistungsanspruchs	18
6.1.3 Inanspruchnahme von Leistungserbringern.....	19
6.1.4 Hilfsmittelversorgung bei vollstationärer Pflege.....	20
6.1.5 Leihweise Überlassung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln	20
6.2 Umfang der Leistungen	20
6.2.1 Grundausstattung	20
6.2.2 Zubehör und Nebenkosten	21
6.2.3 Anpassung und/oder Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels oder Pflegehilfsmittels.....	21
6.2.4 Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung.....	21
6.2.5 Wartungen und Technische Kontrollen.....	22
6.3 Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung	22
6.4 Erfüllung elementarer Grundbedürfnisse	24
7. Selbstbehalte der Versicherten	26
7.1 Eigenbeteiligungs- und Zuschussregelungen bei Produkten mit Gebrauchsgegenstandsanteil	26
7.2 Gesetzliche Zuzahlung für Hilfsmittel	26
7.2.1 Belastungsgrenzen.....	27
7.2.2 Einziehung der Zuzahlung	27
7.2.3 Berechnungsgrundlage	27
7.2.4 Berechnungsarten	28

7.2.4.1	Berechnung bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln.....	28
7.2.4.2	Berechnung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln.....	29
7.2.5	Nachträgliche Lieferung von Zubehör- und Zurüstteilen.....	29
7.2.6	Vergütungsformen.....	29
7.2.7	Paarweise oder beidseitige Versorgung.....	30
7.2.8	Folgekosten.....	30
7.2.9	Produkte bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung.....	31
7.2.10	Leistungserbringerwechsel.....	31
7.2.11	Übersicht der Zuzahlungsregelungen.....	32
7.2.12	Beispiele für Zuzahlungsregelungen.....	34
7.3	Gesetzliche Zuzahlung für Pflegehilfsmittel.....	39
8.	Abgrenzung zu anderen Sozialleistungsträgern bei der Versorgung mit Hilfsmitteln	40
8.1	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.....	40
8.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	41
8.3	Abgrenzung zur gesetzlichen Unfallversicherung.....	41
8.4	Abgrenzung zum Bundesversorgungsgesetz (Versorgungsamt).....	41

Anhang I: Definitionen zu § 33 Abs. 2 SGB V

Anhang II: Eigenanteils- bzw. Zuschussregelung (Empfehlung) der Spitzenverbände der Krankenkassen

Anhang III: Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

1. Vorbemerkung

Aufgrund der Gesetzes- und Rechtsentwicklung und der Weiterentwicklungen auf dem Gebiet der Hilfsmittelversorgung wurde das Gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 15. August 1990 überarbeitet und in der Neufassung am 29. April 2003 beschlossen. Am 1. April 2007 trat das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Wesentlichen in Kraft. Dies haben die Spitzenverbände der Krankenkassen - auch handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen - (im Folgenden: Spitzenverbände) zum Anlass genommen, das Gemeinsame Rundschreiben vom 29. April 2003 zu aktualisieren, das mit Inkrafttreten dieses Rundschreibens aufgehoben wird.

Im Interesse der Lesbarkeit werden im Folgenden generische Maskulina (maskuline Substantive als Oberbegriffe) verwendet, auch wenn sie sich gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen beziehen (z.B. der Patient, obwohl es sich um Patienten und Patientinnen handelt). Dies soll als verallgemeinernde Darstellungsweise und geschlechtsneutraler Gebrauch der Substantive zu verstehen sein und in keiner Weise diskriminierend aufgefasst werden.

2. Gesetzliche Grundlagen

Gemäß den rechtlichen Bestimmungen¹ steht den gesetzlich Versicherten zum Ausgleich einer Behinderung bzw. zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder zur Krankenbehandlung eine Vielfalt an medizinisch bzw. therapeutisch wirkenden Hilfsmitteln zu. Ferner gibt es verschiedene Pflegehilfsmittel, die der Erleichterung der Pflege oder der Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen dienen oder diesem eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen². Die Qualität der Produkte stellt eine entscheidende Voraussetzung für eine wirtschaftliche Versorgung dar. Unter Berücksichtigung der relevanten gesetzlichen Vorschriften erstellen die Spitzenverbände ein Hilfsmittelverzeichnis und als Anlage dazu ein Pflegehilfsmittelverzeichnis³.

2.1 Versorgung mit Hilfsmitteln

Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf die 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 SGB V ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt.

¹ Vgl. § 33 Abs. 1 SGB V

² Vgl. § 40 Abs. 1 SGB XI

³ Vgl. § 139 SGB V und § 78 Abs. 2 SGB XI

2.2 Versorgung mit Sehhilfen

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht ein Leistungsanspruch auf

1. Sehhilfen - einschließlich Kontaktlinsen -, wenn aufgrund einer Sehschwäche oder Blindheit entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 (=Sehleistung bei bestmöglicher Korrektur $\leq 0,3$ auf beiden Augen, vgl. auch Definitionen im Anhang I) vorliegt sowie
2. therapeutische Sehhilfen, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen⁴.

Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bleibt der Leistungsanspruch unverändert.

Kosten für das Brillengestell sind nicht durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernahmefähig (vgl. § 33 Absatz 2 Satz 4 SGB V).

Ein erneuter Versorgungsanspruch besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend notwendige Fälle können in den Richtlinien nach § 92 SGB V Ausnahmen zugelassen werden (vgl. § 33 Absatz 4 SGB V)⁵.

Anspruch auf Kontaktlinsen besteht für Anspruchsberechtigte nach § 33 Absatz 3 SGB V (Erwachsene mit schwerer Sehbeeinträchtigung und Minderjährige) weiterhin lediglich in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. In den Richtlinien nach § 92 SGB V ist zu bestimmen, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnungsfähig sind.

Die Festbeträge für die Sehschärfe verbessernden Kontaktlinsen und optisch korrigierenden Speziallinsen gelten nicht für Einzelanfertigungen. Als Einzelanfertigung gelten Linsen, die nach schriftlicher Verordnung nach den spezifischen Auslegungsmerkmalen aufgrund der Angaben des Anpassers als Individualkonstruktion vom Hersteller für einen namentlich benannten Patienten angefertigt werden und zur ausschließlichen Anwendung durch diesen Versicherten bestimmt sind. Serienmäßig hergestellte Produkte, die angepasst werden müssen, sind dagegen keine Einzelanfertigungen. Für die Beurteilung einer Kontaktlinsenversorgung in Einzelanfertigung ist die Exzentrizität der Hornhaut zugrunde zu legen. In Entsprechung der Maxima der Schwankungsbreite physiologischer Normvarianz der Hornhautexzentrizitäten, wie sie in der Literatur zwischen 0,35 und 0,6 liegend angegeben wird, liegen die Standardexzentrizitäten der Kontaktlinsenproduktlinien zwischen 0,4 und 0,6. Eine Kontaktlinse ist in Einzelanfertigung erforderlich, wenn die Exzentrizitäten außerhalb von 0,4 bis 0,6 liegen. In Fällen, in denen die Exzentrizität der Hornhaut nicht messbar ist, sollte als Zuordnungskriterium die Exzentrizität der Messlinie sein, die vom Hersteller mit dem Datenblatt mitgeteilt wird. Alternativ sollte die Angabe

⁴ Vgl. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien)

⁵ Vgl. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien)

zur Exzentrizität der Messlinie gemacht werden. Auch in diesem Fall kann bei einer Exzentrizität außerhalb des Bereiches von 0,4 bis 0,6 das Erfordernis einer "Einzelanfertigung" unterstellt werden.

Sofern ein Anspruch auf die Grundleistung - d.h. auf die Sehhilfe als solche - nach der gesetzlichen Regelung nicht gegeben ist, besteht auch kein Vergütungsanspruch im Rahmen der Hilfsmittelversorgung gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung für die damit verbundenen Dienstleistungen (wie z. B. Brillenglasbestimmung/Refraktion, Einschleifen der Gläser, Anpassung).

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 SGB V fest, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden können. Diese fallen generell auch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Therapeutische Sehhilfen dienen der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen. Dazu zählen auch Kunststoffgläser bei Versicherten, die an Epilepsie und/oder an Spastiken erkrankt sind - sofern sie erheblich sturzgefährdet sind - und/oder Einäugige. Personen gelten als einäugig, wenn der bestkorrigierte Visus mindestens eines Auges $< 0,2$ ist.

Diese Regelung ist jedoch nicht grundsätzlich auf die Versorgung der Versicherten mit Kontaktlinsen zu übertragen, da die Versorgung mit Kontaktlinsen in diesen Fällen nicht als therapeutische Sehhilfe einzustufen ist. Eine Versorgung der Versicherten mit Kontaktlinsen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nur dann möglich, wenn eine Indikation für Kontaktlinsen (z. B. Myopie ab 8,0 dpt., Hyperopie ab 8,0 dpt. etc.) vorliegt.

Die Abgabe von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe ist als Versorgungseinheit zu werten. Die Anspruchsvoraussetzungen für die Abgabe von Sehhilfen (Gläser und Kontaktlinsen) sind somit auch erfüllt, wenn die Indikation nur an einem Auge vorliegt. Dies gilt nicht bei therapeutischen Sehhilfen.

2.3 Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

Pflegebedürftige haben Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind⁶.

2.4 Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis

Unter Berücksichtigung der relevanten gesetzlichen Vorschriften erstellen die Spitzenverbände unter der Federführung des IKK-Bundesverbandes ein Hilfsmittelverzeichnis und als Anlage dazu ein Pflegehilfsmittelverzeichnis⁷. In dem Hilfsmittelverzeichnis sind von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung umfasste Produkte aufgeführt⁸. Voraussetzung für die Aufnahme von Produkten in das Verzeichnis ist, dass der Hersteller die Funktionstauglichkeit, die Sicherheit, bestimmte Qualitätsanforderungen und soweit erforderlich den medizinischen Nutzen (i. d. R. der therapeutische oder pflegerische Nut-

⁶ Vgl. § 40 Abs. 1 SGB XI

⁷ Vgl. § 139 SGB V und § 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI

⁸ Vgl. § 139 SGB V

zen) des Hilfsmittels nachweist⁹. Die relevanten Vorschriften für die Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses wurden analog in das Gesetz der Sozialen Pflegeversicherung übernommen. Die Spitzenverbände haben dem entsprechend in den einzelnen Produktgruppen bzw. Produktuntergruppen des Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnisses Anforderungen an die Produkte formuliert, deren Einhaltung der Hersteller oder sein Bevollmächtigter in geeigneter Form nachzuweisen hat.

3. Hilfsmittelbegriff

Die Rechtsprechung hat im Laufe der Zeit zu einer Konkretisierung des Hilfsmittelbegriffs beigetragen.

3.1 Legaldefinition und Begrifflichkeit laut Rechtsprechung

Hilfsmittel sind sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechender handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung von den Leistungserbringern abgegeben werden. Dazu können auch solche sächlichen Mittel oder technischen Produkte zählen, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (z. B. bestimmte Spritzen oder Inhalationsgeräte).

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gehören zu den Hilfsmitteln

- bestimmte Sehhilfen
- Hörhilfen
- Körperersatzstücke
- orthopädische und
- andere Hilfsmittel.

Zu den Hilfsmitteln zählen auch Zubehörteile, ohne die die Basisprodukte nicht oder nicht zweckentsprechend betrieben werden können. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die im Einzelfall erforderliche Ausbildung in deren 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.

Produkte, die von der Konzeption her für die speziellen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt und hergestellt werden und die ausschließlich bzw. ganz überwiegend von diesen Personen genutzt werden, können Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Dies gilt selbst dann, wenn sie millionenfach verbreitet sind (z. B. Hörgeräte) oder wenn sie einen Gebrauchsgegenstand beinhalten (z. B. orthopädische Schuhe)¹⁰.

⁹ Vgl. § 139 Abs. 4 i.V.m. 2 SGB V

¹⁰ Siehe zur Abgrenzung zu Gebrauchsgegenständen Kapitel 5.1 *Gebrauchsgegenstände*

Gemäß der einschlägigen Rechtsprechung sind nur solche technischen Hilfen als Hilfsmittel anzusehen, die vom behinderten Menschen getragen oder mitgeführt und bei einem Wohnungswechsel auch mitgenommen und weiter benutzt werden können, um sich im jeweiligen Umfeld zu bewegen, zurechtzufinden und die elementaren Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen. Hilfsmittel müssen folglich von der Funktion her transportabel sein.

Hilfsmittel sollen die Körperfunktionen des behinderten Menschen ersetzen, ergänzen oder verbessern, die für die möglichst selbstständige Durchführung der Alltagsverrichtungen notwendig sind. Wesentlich für die Hilfsmittleigenschaft ist, dass der behinderte Mensch durch das Hilfsmittel an die Erfordernisse der Umwelt angepasst, nicht aber das Umfeld an die Bedürfnisse des behinderten Menschen angeglichen wird¹¹. Die Hilfsmittleigenschaft eines Produktes hängt nicht von den jeweiligen Wohnverhältnissen der Versicherten ab.

Hilfsmittel sind bauart- bzw. konstruktionsbedingt primär auf die Eigenanwendung durch die Versicherten ausgerichtet und werden in deren allgemeinen Lebensbereich bzw. im häuslichen Umfeld eingesetzt. Denn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)¹² sind Hilfsmittel alle ärztlich verordneten Sachen, die den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder die Folgen von Gesundheitsschäden mildern oder ausgleichen. Dazu gehören insbesondere Körperersatzstücke und typische orthopädische Hilfsmittel, weil sie den Erfolg einer Heilbehandlung bei Anwendung durch den Versicherten selbst sicherstellen sollen.

Zum 1. Juli 2001 ist das SGB IX in Kraft getreten. Ziel der Versorgung behinderter Menschen mit Hilfsmitteln ist die Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft¹³. Im Rahmen dieser für alle behinderten Menschen¹⁴ geltenden Bestimmungen ist die Gesetzliche Krankenversicherung allerdings nur innerhalb ihres Aufgabengebietes - Krankenhilfe und medizinische Rehabilitation - und unter ihren besonderen Voraussetzungen zur Gewährung von Hilfsmitteln verpflichtet¹⁵. Die Ausführungen des SGB IX decken sich insoweit mit denen des SGB V und führen nicht zu einer Leistungsausweitung bzw. Veränderung der Leistungsansprüche¹⁶.

3.2 Medizinische Zielsetzung

Die Hilfsmittel müssen im Einzelfall, d.h. nach den individuellen (körperlichen und geistigen) Verhältnissen des Versicherten, erforderlich sein, um den Erfolg einer Krankheitsbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen. Ein Versorgungsanspruch kann auch dann bestehen, wenn die Produkte dazu dienen, einer drohenden Behinderung, einer Krankheit bzw. deren Verschlimmerung oder dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen¹⁷.

¹¹ Vgl. BSG-Urteil vom 6. April 1998 – B 3 KR 14/97 R (USK 98101)

¹² Vgl. Beschluss des BSG - 3. Senat - vom 16. September 1999 - B 3 KR 2/99 B, Beschluss des BSG (1. Senat) vom 8. Februar 2000 - B 1 KR 3/99 B; BSG-Urteil des 6. Senats vom 28. Juni 2000 - B 6 KA 26/99 R (USK 2000-72)

¹³ Vgl. § 1 Satz 1 SGB IX

¹⁴ Vgl. die Definition in § 2 Abs. 1 SGB IX

¹⁵ Vgl. § 27 SGB V und BSG-Urteil vom 6. Juni 2002 - B 3 KR 68/01 R

¹⁶ Vgl. BSG-Urteil vom 26. März 2003 - 3 KR 23/03 R

¹⁷ Vgl. §§ 23 Abs. 1 und 33 Abs. 1 SGB V und BSG-Urteil vom 6. August 1998 - B 3 KR 14/97 R (USK 98101)

Dies wird durch die BSG-Rechtsprechung vom 16. September 2004¹⁸ bestätigt, wonach ein über die Befriedigung von Grundbedürfnissen hinausgehender Behinderungsausgleich als Leistung der GKV nicht vorgesehen sei, was sich zwar nicht aus dem Wortlaut des § 33 SGB V ergebe, wohl aber nunmehr aus der Regelung des § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX, die der Gesetzgeber in Kenntnis der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats zur Hilfsmittelversorgung mit Wirkung 1. Juli 2001 neu in Kraft gesetzt habe. Damit werde der Hilfsmittelbegriff nunmehr für alle Träger von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 6 Abs. 1, § 5 Nr. 1 SGB IX) einheitlich definiert. Selbst wenn der Vorrang abweichender Regelungen für den einzelnen Rehabilitationsträger weiterhin bestehe (§ 7 SGB IX), könne aus der insoweit unberührt gebliebenen Fassung des § 33 SGB V nicht geschlossen werden, der Gesetzgeber habe nunmehr den Behinderungsausgleich durch die GKV über die bisherige Rechtsprechung hinaus ausweiten wollen. Dafür finde sich kein Anhalt¹⁹.

Die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine "Krankheit" voraus. Damit wird in der Rechtsprechung ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand umschrieben, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht (BSGE 85, 36, 38 = SozR 3-2500 § 27 Nr. 11 S. 38; BSGE 72, 96, 98 = SozR 3-2200 § 182 Nr. 14 S. 64 jeweils m.w.N). Soweit § 33 Abs. 1 SGB V eine "Behinderung" bzw eine "drohende Behinderung" genügen lässt, um i. V. m. § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V einen Anspruch auf Krankenbehandlung auszulösen, ist nichts wesentlich anderes als eine Krankheit gemeint; es wird lediglich ein anderer Akzent gesetzt (vgl. auch Schmidt in Peters, Hdb. der KV, Stand Juni 2004, § 27 SGB V, RdNr. 122 ff). Indem § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V neben der Heilung ausdrücklich auch die Linderung von Krankheitsbeschwerden zu den möglichen Zielen einer Krankenbehandlung zählt, macht das Gesetz keinen prinzipiellen Unterschied zwischen Krankheiten im engeren Sinne, bei denen die Betonung auf dem regelmäßig nur vorübergehenden Charakter einer als überwindbar angesehenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegt, und Behinderungen, die als weitgehend unabänderlich vor allem unter dem Gesichtspunkt des Ausgleichs für eine dauerhaft regelwidrige Körperfunktion die Leistungspflicht begründen können (vgl. auch § 2 Abs. 1 SGB IX)²⁰. Nach § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Sofern das Stadium der Krankheit oder Behinderung noch nicht erreicht ist, besteht ein Versorgungsanspruch auf Hilfsmittel nur, wenn die Krankheit oder Behinderung in absehbarer Zeit bevorsteht. D. h., Hilfsmittel können dann in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung fallen, wenn diese geeignet sind, eine konkret drohende Krankheit oder Behinderung zu verhindern.

Gegenstand des Behinderungsausgleichs sind zunächst solche Hilfsmittel, die auf den Ausgleich der Behinderung selbst gerichtet sind, also zum unmittelbaren Ersatz der ausgefallenen Funktionen dienen (BSGE 37, 138, 141 = SozR 2200 § 187 Nr 1; BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 18 S 88 und Nr 20 S 106). Das Hilfsmittel muss nicht unbedingt der Wir-

¹⁸ Vgl. BSG-Urteil vom 16. September 2004 - B 3 KR 15/04 R

¹⁹ wurde bekräftigt durch BSG-Urteil vom 19. April 2007 – B 3 KR 9/06 R

²⁰ Vgl. BSG-Urteile vom 19. Oktober 2004 - B 1 KR 3/03 R und B 1 KR 28/02 R

kungsweise der natürlichen Körperfunktion (z. B. das Sehen) entsprechen. Auch Produkte, die auf andere Weise - ggf. auch losgelöst vom Körper wie etwa der Blindenführhund (Ausgleich hinsichtlich der fehlenden Orientierungsmöglichkeit) - eine beeinträchtigte oder ausgefallene Körperfunktion übernehmen, können Hilfsmittel sein.

Die nur mittelbar oder nur teilweise die Organfunktionen ersetzenden Mittel werden laut ständiger Rechtsprechung²¹ nur dann als Hilfsmittel im Sinne der Krankenversicherung angesehen, wenn sie die Auswirkungen der Behinderung nicht nur in einem bestimmten Lebensbereich (Beruf/Gesellschaft/Freizeit), sondern im gesamten täglichen Leben ("allgemein") beseitigen oder mildern und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen. Dem lag die Erwägung zugrunde, dass sich der direkte Funktionsausgleich in allen Lebensbereichen auswirkt und damit ohne Weiteres auch Grundbedürfnisse betroffen sind, während bei einem mittelbaren Ausgleich besonders geprüft werden muss, in welchem Lebensbereich er sich auswirkt. Eine solche Differenzierung erleichtert damit die rechtliche Einordnung und den Begründungsaufwand, ändert aber nichts daran, dass auch nach dem Recht des SGB IX die Förderung der Selbstbestimmung des behinderten Menschen und seiner gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch Versorgung mit Hilfsmitteln nur dann Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, wenn sie der Sicherstellung eines allgemeinen Grundbedürfnisses dient²².

4. Pflegehilfsmittelbegriff

Die Rechtsprechung hat im Laufe der Zeit zu einer Konkretisierung des Pflegehilfsmittelbegriffs beigetragen.

4.1 Legaldefinition und Rechtsprechung

Pflegehilfsmittel sind sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechender handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung von den Leistungserbringern abgegeben werden. Pflegehilfsmittel werden unterschieden in zum Verbrauch bestimmte und technische Produkte.

Zu den Pflegehilfsmitteln zählen auch Zubehörteile, ohne die die Basisprodukte nicht oder nicht zweckentsprechend betrieben werden können. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die im Einzelfall erforderliche Ausbildung in deren Gebrauch.

Die Pflegehilfsmittel müssen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Ein Versorgungsanspruch zu Lasten der Pflegeversicherung besteht nur, soweit die Produkte nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu gewähren sind²³. Der Anspruch besteht unabhängig von der Pflegestufe - zumindest muss aber eine Zuordnung des Ver-

²¹ Vgl. insbesondere BSG-Urteile vom 16. September 1999 - B 3 KR 8/98 R (USK 9951) und 30. Januar 2001 - B 3 KR 10/00 R (USK 2001-5)

²² Vgl. BSG-Urteil vom 3. November 1999 - B 3 KR 16/99 R und vom 6. Juni 2002 - B 3 KR 68/01 R

²³ Vgl. § 40 SGB XI

sicherten zur Pflegestufe 1 erfolgt sein - und orientiert sich an dem vorliegenden Einzelfall. Pflegehilfsmittel sollen auch dazu dienen, die Pflege zu erleichtern. Der Anspruchsgrund kann sowohl in der Person des Pflegebedürftigen als auch der Pflegeperson liegen.

Für die Pflegehilfsmittel gilt wie auch für die Hilfsmittel, dass es sich um transportable Produkte handelt. Neben der Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln ist es den Pflegekassen möglich, subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (z. B. Umbaumaßnahmen) zu gewähren, ohne dass es sich hierbei um Pflegehilfsmittel handelt. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind in der Regel mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz oder mit dem Ein- und Umbau von Mobiliar verbunden. Voraussetzung ist, dass dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Betroffenen wiederhergestellt wird²⁴. Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben in ihrem Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften zum Pflege-Versicherungsgesetz vom 10. Oktober 2002 in der Fassung vom 9. März 2007²⁵ Umsetzungsempfehlungen für den Bereich wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gegeben.

5. Abgrenzung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln zu sonstigen Produkten

Nicht jedes sächliche Produkt, von dem ein gewisser Nutzen für den Versicherten ausgeht, ist ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel im sozialrechtlichen Sinne. Insbesondere stellen die Produkte, die bereits über andere Regelungsmechanismen finanziert werden, deren therapeutischer Nutzen gering ist oder die der Eigenverantwortung des Versicherten zuzuordnen sind, keine Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel dar.

Nachstehende Produkte sind keine Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Sozialen Pflegeversicherung.

5.1 Gebrauchsgegenstände

Es gehört nicht zu den Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Sozialen Pflegeversicherung, Gegenstände zu finanzieren, die zum allgemeinen Lebensbedarf oder zu den Kosten der normalen Lebenshaltung gehören. Bei solchen Produkten handelt es sich um Gebrauchsgegenstände, die der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind²⁶. Der Ausschluss der Kostenübernahme für Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens ergibt sich für die Soziale Pflegeversicherung zwar nicht - wie im Bereich der Krankenversicherung - ausdrücklich aus dem Gesetz; er ist aber unter Berücksichtigung der Gesetzesbegründung dem systematischen Zusammenhang zu entnehmen²⁷.

Für die Abgrenzung der Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V von den allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens ist alleine auf die Zweckbestimmung des Produktes abzustellen.²⁸

²⁴ Vgl. § 40 Abs. 4 SGB XI

²⁵ Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (PflegeVG)

²⁶ Vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1, § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V

²⁷ Bundestag-Drucksache 12/5262 vom 24. Juni 1993 (Seite 113)

²⁸ Vgl. BSG-Urteil vom 16. September 1999 - B 3 KR 1/99 R (USK 9956)

Ein Gegenstand, mag er auch einem kranken bzw. behinderten Menschen in hohem Maße helfen, ist nicht als Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittel der Kranken- bzw. Pflegeversicherung zur Verfügung zu stellen und zu finanzieren, wenn er bereits von seiner Konzeption her nicht vorwiegend für kranke, behinderte und/oder pflegebedürftige Menschen gedacht ist²⁹. Dies gilt selbst dann, wenn er im Einzelfall für einen behinderten Menschen nützlicher ist als für einen gesunden Menschen³⁰. Ausschlaggebend ist die Primärfunktion (Zweckbestimmung) als normaler Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Derartige Produkte werden auch von gesunden Menschen unabhängig vom Vorliegen etwaiger Krankheiten oder Behinderungen aus sonstigen Gründen erworben.

Die Eigenschaft als Gebrauchsgegenstand geht nicht schon dadurch verloren, dass dieser in gewisser Weise behindertengerecht oder bedienerfreundlich gestaltet ist und mit ihm eine Komfortverbesserung einhergeht. Dies kann beispielsweise auf Produkte zutreffen, die der Körperhygiene, dem allgemeinen Wohlbefinden, der Gesunderhaltung oder der Fitness dienen. Von solchen Produkten geht kein spezieller therapeutischer oder pflegerischer Nutzen aus.

Die Bereitstellung und Finanzierung von Gegenständen des täglichen Lebensbedarfs, z. B. Hygieneartikel, fällt auch dann nicht unter die Leistungspflicht der Pflegekassen, wenn der Versicherte, wäre er gesund, die Materialien nicht oder jedenfalls nicht in diesem Umfang verwendet hätte³¹.

Gebrauchsgegenstände sind grundsätzlich für jedermann zugänglich, d. h., im Handel käuflich zu erwerben. Dabei ist nicht entscheidend, wie hoch der Verkaufspreis, der Anteil von Käufern dieser Artikel in der Bevölkerung bzw. wer der Hersteller ist oder in welchen Fachhandelsbereichen (z. B. Apotheken, Sanitätsgeschäften) sie angeboten werden³².

Produkte, die für die speziellen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt und hergestellt worden sind und von diesem Personenkreis ausschließlich oder ganz überwiegend genutzt werden, sind nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen, das gilt selbst dann, wenn sie millionenfach verbreitet sind (z.B. Hörgeräte).³³

Für einen Gegenstand, der von der Konzeption her vorwiegend für kranke oder behinderte Menschen gedacht ist, stellt sich die Frage, ob er als allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens einzustufen ist, wenn er in nennenswertem Umfang auch von gesunden Menschen benutzt wird.³⁴ Die Krankenversicherung deckt insoweit nur den Sonderbedarf von kranken und behinderten Menschen.

5.2 Verbandmittel

Angelehnt an die früher in § 4 Abs. 9 Arzneimittelgesetz (AMG) enthaltene Definition sind Verbandmittel Textilien oder ähnliche Stoffe, die dazu bestimmt sind, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeit aufzusaugen. Dies sind z. B.

²⁹ Vgl. BSG-Urteil vom 16. September 1999 - B 3 KR 1/99 R (USK 9956)

³⁰ Vgl. BSG-Urteil vom 6. August 1998 - B 3 KR 14/97 R (USK 98101)

³¹ Vgl. BSG-Urteil vom 24. September 2002 - B 3 P 15/01 R

³² Vgl. BSG-Urteile vom 16. September 1999 - B 3 KR 1/99 R (USK 9956), vom 22. August 2001 - B 3 P 13/00 R und vom 24. September 2002 - B 3 P 15/01 R

³³ Vgl. BSG-Urteil vom 16. September 1999 - B 3 KR 1/99 R (USK 9956)

³⁴ Vgl. BSG Urteil vom 10. Oktober 2000 - B 3 KR 29/99

Mullkompressen, Nabelkompressen, Stütz-, Entlastungs-, Steif- oder Kompressionsverbände sowie Verbandmittel zum Fixieren oder zum Schutz von Verbänden. Zu den Verbandmitteln zählt auch das Trägermaterial, das arzneilich wirkende Stoffe für oberflächengeschädigte Körperteile enthält. Verbandmittel sind keine Hilfsmittel i. S. d. § 33 SGB V. Aber auch wenn der betroffene Körperteil nicht oberflächengeschädigt ist, sondern nur eine innere Verletzung (z. B. Zerrung, Muskelfaserriss, Rippenprellung oder Knochenbruch) vorliegt, kann es erforderlich sein, Verbände wie z. B. Mull- und Fixierbinden anzulegen. § 31 SGB V erfasst deshalb über die Definition des AMG hinausgehend auch solche Mittel, die zur Anlegung von Stützverbänden an Körperteilen verwendet werden, die nicht oberflächengeschädigt sind. Es geht danach um das "Binden" bzw. "Verbinden" von Körperstellen oder Gliedmaßen zu therapeutischen Zwecken, und zwar durch individuell von Ärzten oder medizinisches Hilfspersonal angefertigte, nur einmal verwendbare Produkte³⁵.

5.3 Krankenhaus- und Praxisausstattung

Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig sowie wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten³⁶. Produkte, die bauart- bzw. konstruktionsbedingt primär für den Einsatz im Krankenhaus, in Arztpraxen oder sonstigen stationären Einrichtungen konzipiert wurden, sind grundsätzlich nicht als Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel anzusehen. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass Hilfsmittel in der Regel durch nicht medizinisch ausgebildete Personen im allgemeinen Lebensbereich eingesetzt werden. Sie müssen daher zur Eigenanwendung so ausgelegt sein, dass sie ihre Funktion unter Berücksichtigung der Fertigkeiten und Möglichkeiten der Laien erfüllen können und einfach zu handhaben sind. Aufgrund ihres erweiterten Funktionsspektrums bzw. ihrer größeren Leistungsstärke ist der Einsatz von Krankenhaus- oder Praxisgegenständen im häuslichen Bereich des Versicherten dem Grunde nach als nicht zweckmäßig bzw. unwirtschaftlich zu erachten.

5.4 Sonstige sächliche Mittel in vertragsärztlichen Praxen oder in stationären Einrichtungen

In vertragsärztlichen Praxen und in stationären Einrichtungen (z. B. im Krankenhaus) sind im Rahmen der Behandlungen diverse sächliche Mittel erforderlich, die nicht zu den Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln zählen, die in der Regel aber Medizinprodukte darstellen. Dies sind zum Beispiel Instrumente, Gegenstände und Materialien, die der ärztlichen oder stationären Behandlung unmittelbar zuzuordnen sind. Sie sind im Rahmen der ärztlichen Behandlung mit den EBM-Gebühren (Gebühren nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab) abgegolten oder können vom Arzt gesondert in Rechnung gestellt werden bzw. sind Bestandteil der Vereinbarungen zum Sprechstundenbedarf. Unter diesen Sprechstundenbedarf können beispielsweise Binden, Heftpflaster, Kompressen, Mulltupfer, Schienen zur Anfertigung von Schienenverbänden, Wattestäbchen und Holzstäbchen fallen. Die Vereinbarungen zum Sprechstundenbedarf sind regional unterschiedlich. Im Rahmen der stationären Versorgung sind sie mit den Krankenhausentgelten abgegolten.

³⁵ Vgl. BSG-Urteil vom 28. September 2006 - B 3 KR 28/05 R

³⁶ Vgl. § 12 i. V. m. § 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V

5.5 Mittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder Abgabepreis

Das Bundesministerium für Arbeit - jetzt zuständig das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) - hat aufgrund des § 34 Abs. 4 SGB V durch Rechtsverordnung³⁷ bestimmte sächliche Mittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis aus der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.

³⁷ Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in Kraft getreten am 01.01.1990 (BGBl. I S. 2237), in der Fassung der Ersten Verordnung zur Änderung der Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in Kraft getreten am 01.01.1995 (BGBl. I Nr. 3, S. 44, vom 24. Januar 1995), vgl. auch Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Wert oder geringem Abgabepreis vom 25. Januar 1990

Aufgrund des § 34 Abs. 4 SGB V wird verordnet:

Stand: 01.01.1995

§ 1

Sächliche Mittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen

Von der Versorgung sind ausgeschlossen:

1. Kompressionsstücke für Waden und Oberschenkel; Knie- und Knöchelkompressionsstücke
2. Leibbinden (Ausnahme: bei frisch Operierten, Bauchwandlähmung, Bauchwandbruch und bei Stoma-Trägern)
3. Handgelenkriemen, Handgelenkmanschetten
4. Applikationshilfen für Wärme und Kälte
5. Afterschließbandagen
6. Mundsperrer
7. Penisklemmen
8. Rektophore
9. Hysterophore (Ausnahme: bei inoperablem Gebärmuttervorfall)

§ 2

Sächliche Mittel mit geringem Abgabepreis

Von der Versorgung sind ausgeschlossen:

1. Alkoholtupfer
2. Armtragetücher
3. Augenbadewannen
4. Augenklappen
5. Augentropfpipetten
6. Badestrümpfe, auch zum Schutz von Gips- und sonstigen Dauerverbänden
7. Brillenetuis
8. Brusthütchen mit Sauger
9. Druckschutzpolster (Ausnahme: Dekubitusschutzmittel)
10. Einmalhandschuhe (Ausnahme: sterile Handschuhe zur regelmäßigen Katheterisierung und unsterile Einmalhandschuhe bei Querschnittsgelähmten mit Darmlähmung zur Darmentleerung)³⁸
11. Energieversorgung bei Hörgeräten für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben
12. Fingerlinge
13. Fingerschienen
14. Glasstäbchen
15. Gummihandschuhe
16. – gestrichen -
17. Ohrenklappen
18. Salbenpinsel
19. Urinflaschen
20. Zehen- und Ballenpolster, Zehenspreizer

³⁸ Sterile Einmalhandschuhe sind auch bei Versicherten erforderlich, die mit einer Trachealkanüle versorgt sind und aufgrund bestimmter Erkrankungen mehrmals täglich abgesaugt werden müssen. In diesen Fällen wird zur Absaugung ein steriler Absaugkatheter verwendet. Dieser muss ausnahmslos mit sterilen Einmalhandschuhen gefasst werden, um ein Infektionsrisiko zu vermeiden. Das BMG hat daher mit Schreiben vom 5. Dezember 2005, AZ: 226-43921 bestätigt, dass eine Versorgung zu Lasten der GKV mit sterilen Einmalhandschuhen bei Verwendung eines sterilen Absaugkatheters ebenfalls in Betracht kommt.

5.6 Übersicht: Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Sozialen Pflegeversicherung

Art des Produktes	Merkmal
<p>Hilfsmittel</p> <p>Hilfsmittel mit Gebrauchsgegenstandsanteil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sächliches Mittel oder technisches Produkt zum Behinderungsausgleich, zur Krankenbehandlung oder zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung, einer Krankheit bzw. deren Verschlimmerung oder zur Verhinderung der Pflegebedürftigkeit • Einsatz zur Lebensbewältigung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse • Für die speziellen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt und hergestellt • Zur Anwendung im häuslichen Bereich/allgemeinen Lebensbereich bestimmt • Von der Funktion her transportabel • Gegenstand ist dem Wesen nach ein Hilfsmittel • Produkt ersetzt bei einem kranken oder behinderten Menschen ein normales Gebrauchsgut • Ggf. Eigenanteils-/Zuschussregelung im Einzelfall
<p>Pflegehilfsmittel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sächliches Mittel oder technisches Produkt zur Erleichterung der Pflege bezogen auf die Pflegeperson und/oder den Pflegebedürftigen oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen oder zum Ermöglichen einer selbstständigeren Lebensführung desselben • Für die speziellen Bedürfnisse Pflegebedürftiger entwickelt und hergestellt • Zur Anwendung im häuslichen Bereich/allgemeinen Lebensbereich bestimmt • Von der Funktion her transportabel
<p>Ergänzungen zu Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zubehör zum zweckentsprechenden Betrieb des Basisproduktes • Änderung • Instandsetzung • Ersatzbeschaffung • Notwendige Wartungen und Technische Kontrollen • Ausbildung im Gebrauch des Produktes

5.7 Übersicht: Keine Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Sozialen Pflegeversicherung

Art des Produktes	Merkmal
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Fest mit einem Gebäude verbundene technische Hilfen zur Anpassung des individuellen Wohnumfeldes an die Bedürfnisse des Betroffenen oder der Ein-/Umbau von Mobiliar (z.B. Herstellung eines bodengleichen Zugangs zur Dusche) • In der Regel Umbaumaßnahme • Ggf. Eingriff in die Bausubstanz erforderlich
Gebrauchsgegenstand	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Verwendung und üblicherweise in einem Haushalt vorhanden, gehört zum allgemeinen Lebensbedarf/zur normalen Lebenshaltung • Wurde nicht speziell für kranke oder behinderte Menschen entwickelt • Primärfunktion als normales Gebrauchsgut • Für die meisten oder alle Menschen nutzbar oder die Mehrzahl der Menschen besitzt den Gegenstand • Dient z. B. dem Komfort, der Gesunderhaltung, dem allgemeinen Wohlbefinden, der Hygiene oder der Fitness • Kein spezieller medizinischer oder pflegerischer Nutzen
Krankenhaus- und Praxisausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Geräte, die bauart- bzw. konstruktionsbedingt primär für den Einsatz in Arztpraxen oder stationären Einrichtungen hergestellt wurden • Erweitertes Funktionsspektrum • Ggf. größere Leistungsstärke bei Geräten
Sonstige sächliche Mittel in vertragsärztlichen Praxen oder in stationären Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumente, Gegenstände und Materialien im Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung in der Arztpraxis oder im Krankenhaus
Verbandmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Textilien oder ähnliche Stoffe • Dienen i. d. R. der Abdeckung oberflächengeschädigter Körperteile • Dienen dem Aufsaugen von Körperflüssigkeit • Dienen ggf. dem Fixieren oder Schutz von Verbänden

6. Leistungsanspruch bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln

Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln handelt es sich um Regelleistungen, auf die gemäß § 33 SGB V bzw. § 40 SGB XI ein Rechtsanspruch besteht, sofern die medizinischen bzw. pflegerischen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

6.1 Allgemeine Leistungsgrundsätze

6.1.1 Vertragsärztliche Verordnung

Grundlage für einen Leistungsantrag für ein Hilfsmittel ist in der Regel eine vertragsärztliche Verordnung. Im Bereich der Pflegeversicherung ist eine ärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Abgabe eines Pflegehilfsmittels durch die Pflegekasse nicht vorgesehen. Es ist jedoch in der Regel erforderlich, dass eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die Notwendigkeit des Pflegehilfsmittels feststellt.

Der Inhalt der ärztlichen Verordnung richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien). Nach den Hilfsmittel-Richtlinien hat der Vertragsarzt unter Nennung der Diagnose bei der Bezeichnung des Hilfsmittels entweder die Produktart oder die 7-stellige Positionsnummer anzugeben. Die Verordnung eines Einzelproduktes kann nur im Ausnahmefall erfolgen. Wird ausnahmsweise ein Einzelprodukt durch einen Vertragsarzt verordnet, entbindet das den Vertragsleistungserbringer und die Krankenkasse nicht von der Verpflichtung nach § 12 SGB V, die Versorgung mit einem wirtschaftlicheren Produkt zu prüfen. Die abschließende Entscheidung über die Auswahl eines Einzelproduktes trifft die Krankenkasse³⁹.

Die vertragsärztliche Verordnung eines bestimmten Hilfsmittels stellt sich im Ergebnis rechtlich lediglich als ärztliche Empfehlung dar, sie bindet die Krankenkasse im Verhältnis zum Versicherten nicht⁴⁰ und begründet keinen Anspruch auf Versorgung. Dies folgt schon daraus, dass nach § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V die Krankenkassen vor Bewilligung eines Hilfsmittels in geeigneten Fällen durch den MDK beratend prüfen lassen können, ob das Hilfsmittel erforderlich ist⁴¹.

Der Vertragsarzt soll sich nach erfolgter Versorgung vergewissern, ob das abgegebene Hilfsmittel den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.

6.1.2 Zeitpunkt des Leistungsanspruchs

Für die Erbringung von Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln ist die Krankenkasse/Pflegekasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten (Tag der Leistungserbringung) - ggf. nach erfolgter Anpassung - ein Versicherungsverhältnis besteht. Dabei kommt es nicht auf den Ordnungszeitpunkt an. Sofern mehrere Anpassungen erforderlich sind, ist der Tag, an dem der letzte Anpassvorgang abgeschlossen und das Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel dem Versicherten definitiv zur Verfügung

³⁹ Vgl. BSG-Urteil vom 17. Januar 1996 - 3 RK 39/94 (USK 9676)

⁴⁰ Vgl. ständige Rechtsprechung, z.B. BSG-Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 66/01 R

⁴¹ Vgl. BSG-Urteil vom 10. Oktober 2000 - B 3 KR 29/99

gestellt wird, als Tag der Leistungserbringung anzusehen. Bei Hörgeräten ist der Tag der endgültigen Leistungsabgabe maßgebend, selbst wenn der Arzt die ordnungsgemäße Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt bestätigt.

Auch bei den Zuzahlungen und den Befreiungsregelungen beim Erreichen der Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V oder bei Minderjährigkeit des Versicherten ist der Tag der Leistungserbringung maßgeblich.

6.1.3 Inanspruchnahme von Leistungserbringern

Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise⁴². Dies gilt auch für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde; der Festbetrag ist ein Höchstpreis. Aufpreisforderungen zu Lasten der Versicherten können vertraglich ausgeschlossen sein. 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.

In der Gesetzesbegründung wird deutlich, dass zur wirkungsvollen Nutzung des Ausschreibungsinstruments grundsätzlich die Versorgung durch einen von der Krankenkasse zu benennenden Leistungserbringer (Ausschreibungsgewinner) vorgesehen wird, damit den vertraglich vereinbarten Abnahmeverpflichtungen Rechnung getragen werden kann. Dies schließt nicht aus, dass den Versicherten bei mehreren vorhandenen Vertragspartnern (Ausschreibungsgewinnern) ein Wahlrecht zwischen diesen eingeräumt werden kann.

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

Bei nicht ausgeschriebenen Verträgen steht grundsätzlich ein Wahlrecht zwischen evtl. mehreren Vertragspartnern zu.

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

⁴² Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 SGB V durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags (§ 33 Abs.7 Satz 2 SGB V).

Nach § 40 Abs. 1 Satz 4 SGB XI gelten die Regelungen des § 33 Abs. 6 und 7 SGB V entsprechend.

6.1.4 Hilfsmittelversorgung bei vollstationärer Pflege

Versicherte können bei stationärer Pflege auch dann Anspruch auf die individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der GKV haben, wenn eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft beispielsweise nur passiv oder sehr eingeschränkt möglich ist. Die Pflicht der Heimträger zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI (Pflegeheime), die für den üblichen Pflegebetrieb notwendig sind und/oder der Erfüllung des Versorgungsauftrags entsprechend der konzeptionellen Ausrichtung eines Pflegeheimes und der dafür erforderlichen Sachausstattung dienen, bleibt hiervon unberührt⁴³.

6.1.5 Leihweise Überlassung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln

Die Kranken- oder Pflegekassen sollten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel möglichst leihweise zur Verfügung stellen. Eine leihweise Überlassung sollte dann in Betracht gezogen werden, wenn das Produkt vom Versicherten nicht auf Dauer benötigt wird und wieder verwendet werden kann. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels oder Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten in vollem Umfang selbst zu tragen⁴⁴.

6.2 Umfang der Leistungen

Die Krankenkasse bzw. Pflegekasse muss das Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel in einem gebrauchsfertigen Zustand zur Verfügung stellen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln umfasst neben der Grundausstattung (einschließlich der Anpassung der Produkte) auch

- das Zubehör,
- die Anpassung und/oder Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels,
- die Änderung, Instandsetzung oder Ersatzbeschaffung sowie
- die notwendigen Wartungen und Technischen Kontrollen⁴⁵.

6.2.1 Grundausstattung

Die Krankenkassen bzw. Pflegekassen haben Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel grundsätzlich in einfacher Stückzahl zu gewähren. Eine Mehrfachausstattung kann notwendig werden, wenn das Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel aus hygienischen Gründen ständig oder häufiger gewechselt werden muss.

⁴³ Vgl. zu weiteren Einzelheiten: Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich vom 27. März 2007

⁴⁴ Vgl. § 40 Abs. 3 Satz 6 SGB XI

⁴⁵ Vgl. § 33 Abs. 1 SGB V und § 40 Abs. 3 SGB XI

6.2.2 Zubehör und Nebenkosten

Zubehörteile, ohne die die Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel nicht zweckentsprechend betrieben werden können, können in die Leistungspflicht der Kranken- oder Pflegekassen fallen.

Die Energiekosten bei Hörgeräten können für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, von den Krankenkassen nicht übernommen werden⁴⁶. Abweichend hierzu können Energiekosten für andere Hilfsmittel übernommen werden, sofern diese durch den Versicherten nachgewiesen werden.

Kosten, die im Zusammenhang mit der Reinigung von Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln anfallen, liegen im Bereich der allgemeinen Lebenshaltung und sind daher der Eigenverantwortung der Versicherten zuzuordnen.

6.2.3 Anpassung und/oder Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels oder Pflegehilfsmittels

Eine Reihe von Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln kann nur dann sachgerecht benutzt werden, wenn eine ordnungsgemäße Anpassung vorgenommen wurde und/oder der Benutzer im Gebrauch eingewiesen ist. Der Anspruch auf Ausstattung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln schließt deshalb die Anpassung und/oder die Ausbildung im Gebrauch ein. Die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels oder Pflegehilfsmittels bezieht sich auf den behinderten Menschen sowie – z.B. bei Kindern – auf Personen, ohne deren Hilfe das Produkt nicht sachgerecht genutzt werden könnte.

Der Versicherte ist verpflichtet, sich mit dem Gebrauch des Hilfsmittels oder Pflegehilfsmittels vertraut zu machen und sich der etwa erforderlichen Ausbildung (z. B. Gehschulung) durch qualifiziertes Personal zu unterziehen. Die Krankenkassen oder Pflegekassen können die Versorgung von der Erfüllung der vorstehenden Verpflichtung abhängig machen⁴⁷.

6.2.4 Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung

Der Anspruch des Versicherten umfasst nicht nur die Erstausrüstung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln sowie Pflegehilfsmitteln, sondern auch deren Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung.

Zu den notwendigen Änderungen gehören insbesondere Erweiterungen und Ergänzungen, die sich aus Änderungen der Krankheit bzw. Behinderung des Versicherten ergeben.

Die Gebrauchsdauer eines Hilfsmittels oder Pflegehilfsmittels kann von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden. Art und Beschaffenheit des Produktes, Körperkonstitution und Lebensweise von Versicherten sind hierbei von Bedeutung. Ferner kommt es darauf an, ob dem Hilfsmittel die erforderliche pflegliche Behandlung zuteil wird. Für eine Ersatzbeschaffung ist daher eine individuelle Entscheidung notwendig. Dabei können die bei

⁴⁶ Vgl. Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der Gesetzlichen Krankenversicherung, a.a.O.

⁴⁷ Vgl. § 33 Abs. 5 Satz 2 SGB V und § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB XI

einzelnen Gegenständen angegebenen Mindestgebrauchszeiten, die für die Kriegsopferversorgung und die Unfallversicherung gelten, Anhaltspunkte bieten. Vor Ablauf der Mindestgebrauchszeiten bedarf es grundsätzlich keines Ersatzes durch die Kranken- oder Pflegekasse. Andererseits besteht nach Ablauf der Mindestgebrauchszeit nicht automatisch ein Anspruch auf Ausstattung mit einem neuen Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel. Zunächst ist zu prüfen, ob das Produkt noch gebrauchsfähig ist oder durch Instandsetzung wieder gebrauchsfähig gemacht werden kann.

Ersatzbeschaffungen, die in der fortschreitenden technischen Entwicklung begründet sind, können nur dann in Frage kommen, wenn diese nach ärztlicher Einschätzung im Alltagsleben deutliche Gebrauchsvorteile bieten. Für Innovationen, die nicht die Funktionalität, sondern in erster Linie die Bequemlichkeit und den Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels oder Pflegehilfsmittels betreffen, ist die Gesetzliche Krankenversicherung oder die Soziale Pflegeversicherung nicht zuständig. Geht es um den Ersatz eines noch voll funktionstüchtigen Hilfsmittels durch ein technisch verbessertes Gerät mit Gebrauchsvorteilen gegenüber dem bisherigen Hilfsmittel, so reicht es nicht aus, wenn die Verbesserung sich nur in einzelnen Lebensbereichen auswirkt, die nicht zu den menschlichen Grundbedürfnissen zählen⁴⁸.

Die Instandsetzung umfasst die Reparaturen bei Verschleiß, wenn die Instandsetzung technisch möglich und wirtschaftlicher als eine Ersatzbeschaffung ist. Bei Unbrauchbarkeit oder Verlust ist das Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel zu ersetzen.

Die Instandsetzung oder der Ersatz kann ganz oder teilweise verweigert werden, wenn der Versicherte die Unbrauchbarkeit oder den Verlust des Hilfsmittels oder Pflegehilfsmittels durch Missbrauch vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat.

6.2.5 Wartungen und Technische Kontrollen

Der Versorgungsanspruch umfasst auch die notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen⁴⁹. Die Regelung stellt bezüglich der grundsätzlichen Erforderlichkeit und des Umfangs der Wartungsmaßnahmen und technischen Kontrollen auf den Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken und den Stand der Technik ab und ermöglicht den Krankenkassen somit eine auf das Maß des Notwendigen beschränkte sachgerechte Umsetzung⁵⁰.

6.3 Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung

Die Ansprüche des Versicherten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung sind auf diejenigen Maßnahmen begrenzt, die nach objektiven Maßstäben als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich anzusehen sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V).

Das Vorliegen einer Krankheit verpflichtet die Krankenkasse lediglich zur notwendigen Behandlung und nicht dazu, jede vom Versicherten gewünschte, von ihm für optimal gehaltene Maßnahme zur Heilung oder Linderung des krankhaften Zustands zu gewähren

⁴⁸ Vgl. BSG-Urteil vom 6. Juni 2002 - B 3 KR 68/01 R

⁴⁹ Vgl. § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB V

⁵⁰ Vgl. zu weiteren Einzelheiten: Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich vom 27. März 2007

(vgl. § 27 Abs. 1 Satz 1, § 12 SGB V). Daran hat auch das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene SGB IX nichts geändert, denn in Bezug auf die Zuständigkeit des Leistungsträgers und die Leistungsvoraussetzungen verweist § 7 Satz 2 SGB IX ausdrücklich auf die speziellen Leistungsgesetze, hier also das SGB V⁵¹.

Gleichermaßen wie bei dem Vorliegen einer Krankheit ist die Krankenkasse auch unter dem Gesichtspunkt einer Behinderung lediglich zur notwendigen Leistung verpflichtet, wenn dadurch die fehlende elementare Körperfunktion weder verbessert noch ersetzt werden kann. Bei Produkten, die allein dem mittelbaren Behinderungsausgleich dienen, muss daher nicht jede vom Versicherten gewünschte, von ihm für optimal gehaltene Maßnahme gewährt werden⁵².

Auch bei Produkten, die dem direkten Behinderungsausgleich dienen, dürfen die mit der Versorgungsart verbundenen Kosten nicht unverhältnismäßig im Vergleich zum Nutzen sein. Der Versicherte muss von seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten in der Lage sein, die Gebrauchsvorteile von technisch verbesserten Produkten voll nutzen zu können. Außerdem muss mit den Produkten ein erheblicher Gebrauchsvorteil verbunden sein. Sofern diese Voraussetzung vorliegt, kann die Versorgung mit einem derartigen Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend. Allerdings sind auch hier die Gegebenheiten im Einzelfall unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten zu prüfen.

Die gebotene Abwägung der Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit des Hilfsmittels zum teilweisen - Ausgleich der ausgefallenen Funktion, aber auch die Kosten, sind in jedem Einzelfall im Blickpunkt zu behalten. Dem allgemeinen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit würde es widersprechen, wenn Umfang und Notwendigkeit des Ausgleichs und die entsprechenden Kosten in keinem angemessenen Verhältnis stünden. Insoweit hat die Rechtsprechung mehrfach auf eine begründbare Relation zwischen Kosten und Gebrauchsvorteil des Hilfsmittels abgestellt⁵³. Wählt der Versicherte ein aufwändigeres Hilfsmittel als erforderlich, so hat er die Mehrkosten dafür selbst zu tragen.

Ferner vermittelt § 33 SGB V keinen Anspruch auf die Versorgung mit einem optimalen Hilfsmitteltyp. Stehen für einen Behinderungsausgleich mehr Gerätetypen zur Verfügung, so beschränkt sich die Leistungspflicht der Krankenkasse grundsätzlich auf den preiswerteren Typ, soweit dieser funktional geeignet ist. Die bisherige Rechtsprechung hat die Erfüllung der Grundbedürfnisse nur im Sinne eines Basisausgleichs der jeweiligen Behinderung selbst und nicht im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten von Gesunden verstanden. Der Anspruch findet insbesondere seine Grenze dort, wo eine nur geringfügige Verbesserung eines auf breitem Feld anwendbaren Hilfsmittels völlig außer Verhältnis zur Belastung der Versichertengemeinschaft geraten würde⁵⁴.

Soll ein voll funktionstüchtiges Hilfsmittel durch ein technisch verbessertes Gerät mit Gebrauchsvorteilen gegenüber dem bisherigen Hilfsmittel ersetzt werden, so reicht es nicht aus, wenn die Verbesserung sich nur in einzelnen Lebensbereichen auswirkt, die nicht zu den menschlichen Grundbedürfnissen zählen. Der Gebrauchsvorteil hängt auch

⁵¹ Vgl. BSG-Urteil vom 19. Oktober 2004 - B 1 KR 28/02 R

⁵² Vgl. BSG-Urteil vom 19. Oktober 2004 - B 1 KR 28/02 R

⁵³ Vgl. u.a. BSG-Urteil vom 16. April 1998 - B 3 KR 6/97 R (USK 9896)

⁵⁴ Vgl. u.a. BSG-Urteil vom 16. April 1998 - B 3 KR 6/97 R (USK 9896)

maßgebend von den körperlichen und geistigen Voraussetzungen des Versicherten und seiner persönlichen Lebensgestaltung ab. Nicht jeder Betroffene ist in der Lage, die Gebrauchsvorteile von technisch verbesserten Hilfsmitteln zu nutzen. Sofern es an diesen Voraussetzungen mangelt, fehlt es an der Erforderlichkeit dieses speziellen Hilfsmittels. Die Versorgung mit technisch weiter entwickelten Hilfsmitteln kann dann in Frage kommen, wenn diese nach ärztlicher Einschätzung im Alltagsleben deutliche Gebrauchsvorteile bieten.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot schließt darüber hinaus eine Leistungspflicht der Krankenversicherung für solche Innovationen aus, die nicht die Funktionalität, sondern in erster Linie die Bequemlichkeit und den Komfort bei der Nutzung des Hilfsmittels betreffen⁵⁵.

Grundsätzlich soll die Krankenkasse insbesondere bei aufwändigeren Hilfsmittelausstattungen vor der Leistungsbewilligung den MDK oder einen anderen geeigneten Sachverständigen zu Rate ziehen⁵⁶.

Die vorstehenden Ausführungen finden grundsätzlich auch bei Pflegehilfsmitteln Anwendung. Gemäß § 29 Abs. 1 SGB XI ist auch bei den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu achten. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind nicht bewilligungsfähig und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der Pflegeversicherung bewirken. Entsprechendes gilt nach § 28 Abs. 3 SGB XI für Leistungen, die nicht nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden. Eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots enthalten die §§ 70 ff. SGB XI⁵⁷.

6.4 Erfüllung elementarer Grundbedürfnisse

Ein Hilfsmittel darf von der Gesetzlichen Krankenversicherung dann gewährt werden, wenn die medizinischen und leistungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen im Einzelfall vorliegen und es die Auswirkungen der Behinderung im täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein Grundbedürfnis betrifft. So hat das BSG wiederholt und ausdrücklich festgestellt, dass Freizeitbeschäftigungen - welcher Art auch immer - vom Begriff des vitalen Lebensbedürfnisses bzw. des allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens nicht erfasst werden⁵⁸. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist auch nicht dafür zuständig, Nachteile im privaten, gesellschaftlichen oder beruflichen Bereich auszugleichen. So zählen beispielsweise Trainings- und Fitnessgeräte, spezielle Badebekleidung zum Freizeitschwimmen, Reiserollstühle, ergonomische Möbel oder spezielle Schutzausrüstung für den Arbeitsplatz nicht zu den Hilfsmitteln. Ggf. sind hierfür andere Sozialleistungsträger oder der Arbeitgeber zuständig.

Nach der ständigen Rechtsprechung (vgl. BSGE 93, 176 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 7 jeweils RdNr. 12 und BSGE 91, 60 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 3 jeweils RdNr. 9 m.w.N.; vgl auch Höfler, Kasseler Kommentar Band 1, Stand: Juni 2005, § 33 SGB V RdNr. 11 ff. m.w.N. aus der Rechtsprechung) gehören zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens

⁵⁵ Vgl. BSG-Urteil vom 6. Juni 2002 - B 3 KR 68/01 R

⁵⁶ Vgl. § 275 Abs. 3 Nr. 1 und Abs. 4 SGB V

⁵⁷ Vgl. Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10. Oktober 2002 in der Fassung vom 9. März 2007

⁵⁸ Vgl. BSG-Urteil vom 16. September 1999 - B 3 KR 8/98 R (USK 9951)

- die körperlichen Grundfunktionen (z. B. die Bewegungsfreiheit wie das Gehen, das Stehen, das Treppensteigen, das Sitzen, das Liegen, das Greifen, das Sehen, das Sprechen, das Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden)
- die allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens (z. B. die elementare Körperpflege, das An- und Auskleiden, das selbstständige Wohnen, die Möglichkeit, die Wohnung zu verlassen und die Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind)
- die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums im Nahbereich der Wohnung (z. B. die Aufnahme von Informationen, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens [Schulwissens] sowie die Integration eines behinderten Kindes in die Gruppe Gleichaltriger).

Das Grundbedürfnis der Bewegungsfreiheit ist darauf gerichtet, sich im Nahbereich der Wohnung zielgerichtet und ungefährdet zu bewegen. Damit wird in der Regel aber auch das Grundbedürfnis des Erschließens eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums betroffen, das die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben umfasst (BSGE 66, 245, 246 = SozR 3-2500 § 33 Nr. 1; vgl. auch SozR 3-2500 § 33 Nr. 7 und SozR 2200 § 182b Nr. 12, 29, 33, 34 und 37). Dem Versicherten sollen durch den Einsatz eines geeigneten Hilfsmittels Aktivitäten im Nahbereich der Wohnung sowie im Umgang mit anderen Menschen ermöglicht werden, die ihm ansonsten nicht oder nur unter erheblicher Gefährdung seiner Gesundheit möglich wären⁵⁹.

Zum Grundbedürfnis gehbehinderter Menschen auf Erschließung bzw. Sicherung eines gewissen körperlichen Freiraums zählt laut ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung indessen nicht das Zurücklegen längerer Wegstrecken vergleichbar einem Radfahrer, Jogger oder Wanderer. Das allgemeine Grundbedürfnis, selbstständig zu gehen, kann nämlich nicht dahin verstanden werden, dass die Krankenkasse einen behinderten Menschen durch die Bereitstellung von Hilfsmitteln in die Lage versetzen muss, Wegstrecken jeder Art und Länge zurückzulegen, die ein nicht behinderter Mensch bei normalem Gehen zu Fuß bewältigen kann. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung bei dem Verlust der Gehfähigkeit nur für einen Basisausgleich zu sorgen hat. Zu den insoweit maßgeblichen vitalen Lebensbedürfnissen im Bereich des Gehens gehört jedoch nur die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang „an die frische Luft“ zu kommen oder um die - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsverrichtungen zu erledigen sind. Evtl. Besonderheiten der Wohnlage können für die Hilfsmittleigenschaft gleichfalls nicht maßgeblich sein. Das Laufen bzw. Rennen zählt nur bei Kindern und Jugendlichen, nicht aber bei Erwachsenen zu den Vitalfunktionen⁶⁰.

Die Zuordnung bestimmter Betätigungen zu den Grundbedürfnissen hängt nämlich auch vom Lebensalter des Betroffenen ab. In der Entwicklungsphase von Kindern und Jugendlichen, zumindest bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, lassen sich die Lebensbereiche nicht in der Weise trennen wie bei Erwachsenen, nämlich in die Bereiche Beruf, Gesellschaft und Freizeit. Das BSG hat deshalb stets nicht nur die Teilnahme am allgemeinen Schulunterricht als Grundbedürfnis von Kindern und Jugendlichen angesehen, sondern es

⁵⁹ Ständige BSG-Rechtsprechung; vgl. insbesondere BSG-Urteil vom 10. November 2005 - B 3 KR 31/04 R

⁶⁰ Vgl. BSG-Urteil vom 16. September 1999 - B 3 KR 8/98 R (USK 9951), bekräftigt durch BSG-Urteil vom 19. April 2007 - B 3 KR 9/06 R

sieht auch ein Grundbedürfnis in der Teilnahme an der sonstigen üblichen Lebensgestaltung Gleichaltriger als Bestandteil des sozialen Lernprozesses. Der durch die Hilfsmittelversorgung anzustrebende Behinderungsausgleich sei auf eine möglichst weit gehende Eingliederung des behinderten Kindes bzw. Jugendlichen in den Kreis Gleichaltriger ausgerichtet. Besondere Umstände hat das BSG z.B. bei einem querschnittsgelähmten Jugendlichen angenommen, der auf den Rollstuhl angewiesen war (SozR 3-2500 § 33 Nr. 27 - Rollstuhl-Bike für Jugendliche; zur vergleichbaren Ermöglichung des Schulbesuchs vgl. SozR 2200 § 182b Nr 13 - Faltrollstuhl). Der durch die Hilfsmittelversorgung anzustrebende Behinderungsausgleich ist also auf eine möglichst weit gehende Eingliederung des behinderten Kindes bzw. Jugendlichen in den Kreis Gleichaltriger ausgerichtet. Er setzt nicht voraus, dass das begehrte Hilfsmittel nachweislich unverzichtbar ist, eine Isolation des Kindes zu verhindern. Denn der Integrationsprozess ist ein multifaktorielles Geschehen, bei dem die einzelnen Faktoren nicht isoliert betrachtet und bewertet werden können. Es reicht deshalb aus, wenn durch das begehrte Hilfsmittel die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wesentlich gefördert wird (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 46)⁶¹.

7. Selbstbehalte der Versicherten

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sind grundsätzlich als Sachleistung zur Verfügung zu stellen. Dabei sind folgende Regelungen zu Selbstbehalten zu beachten:

7.1 Eigenbeteiligungs- und Zuschussregelungen bei Produkten mit Gebrauchsgegenstandsanteil

Wird ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel in Verbindung mit einem Gebrauchsgegenstand verwendet, ersetzt es diesen (z.B. Orthopädische Schuhe) oder ist in ihm ein solcher enthalten (z.B. Autokindersitz), beschränkt sich die Leistungspflicht der Krankenkasse oder Pflegekasse auf das eigentliche Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel. Den auf den Gebrauchsgegenstand entfallenden Kostenanteil des Gegenstandes hat der Versicherte selber zu tragen⁶². Bei solchen Produkten kann durch die Krankenkasse ein Zuschuss für den Hilfsmittelanteil gezahlt oder ein Eigenanteil für den Gebrauchsgegenstandsanteil beim Versicherten erhoben werden. Die fehlende reale Trennbarkeit des Produktes ist kein Hindernis, Hilfsmittel und Gebrauchsgegenstand wirtschaftlich zu unterscheiden. Auf eine solche Prüfung kann allerdings unter ökonomischen Gesichtspunkten verzichtet werden, wenn sie mit hohem Aufwand verbunden wäre. Die Spitzenverbände haben eine Empfehlung zur Höhe der Beträge abgegeben (vgl. Anhang II).

7.2 Gesetzliche Zuzahlung für Hilfsmittel

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; die Zuzahlung bei zum Verbrauch be-

⁶¹ Vgl. BSG-Urteile vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 3/02 R und 10. November 2005 - B 3 KR 31/04 R

⁶² Vgl. BSG Urteil vom 28. Juni 1976 - 3 RK 9/76 - USK 7614

stimmten Hilfsmitteln beträgt zehn vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf⁶³.

7.2.1 Belastungsgrenzen

Zur Vermeidung von Härten kann die Krankenkasse die Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 SGB V von der Zuzahlung befreien. Die Regelung des § 62 SGB V zur Freistellung von weiteren Zuzahlungen bezieht sich lediglich auf Zuzahlungen im Sinne des § 33 SGB V. Sie ist nicht anwendbar, wenn vom Versicherten z. B. ein Gebrauchsgegenstandsanteil oder der Differenzbetrag zwischen Abgabepreis und Festbetrag nach § 36 SGB V oder Mehrkosten aufgrund des § 33 Abs. 6 oder 7 SGB V zu zahlen sind.

7.2.2 Einziehung der Zuzahlung

Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich kraft Gesetz um die Zuzahlung. Verantwortlich für die Einziehung der Zuzahlung vom Versicherten ist der Leistungserbringer. § 43b SGB V, wonach die Verpflichtung zur Einziehung der Zuzahlung auf die Krankenkasse übergeht, wenn der Versicherte trotz schriftlicher Aufforderung nicht zahlt, findet keine Anwendung⁶⁴.

Geleistete Zuzahlungen sind von dem Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Der Leistungserbringer hat in diesem Zusammenhang anzugeben, welches Hilfsmittel und in welcher Anzahl abgegeben wurde. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist ferner der Versorgungszeitraum – ggf. unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung - anzugeben.

Gemäß dem Gesetzeswortlaut hat der Versicherte die Zuzahlung an die abgebende Stelle zu entrichten. Die abgebende Stelle in diesem Sinne ist der Vertragspartner der Krankenkasse, der zur Abrechnung des Hilfsmittels berechtigt ist. Dazu gehören z. B. Pflegeheime als abgebende Stelle.

7.2.3 Berechnungsgrundlage

Grundsätzlich ist eine Zuzahlung des Versicherten zu allen Zahlungen seiner Krankenkasse im Rahmen seiner Hilfsmittelversorgung fällig. Grundlage für die Berechnung der Zuzahlung ist der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag, z. B. der Festbetrag gemäß § 36 SGB V oder der Vertragspreis gemäß § 127 SGB V. Ein Gebrauchsgegenstandsanteil oder/und der Differenzbetrag zwischen Abgabepreis und Festbetrag nach § 36 SGB V und/oder Mehrkosten nach § 33 Abs. 6 oder 7 SGB V sind somit vor der Berechnung der Zuzahlung von dem Abgabepreis des Hilfsmittels abzuziehen.

Der Hilfsmittelversorgungsanspruch umfasst gemäß § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB V auch die notwendige Anpassung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Dementsprechend zählen zum Versorgungsumfang Zubehör-, Zurüst- oder Zusatzteile sowie die Auslieferung, Anpassung oder Erprobung des Hilfsmittels, um dieses in gebrauchsfertigem Zustand zur Verfügung zu stellen. Die Zuzahlung berechnet sich aus den Kosten für die gesamte Versorgung für das jeweilige Hilfsmittel.

⁶³ Vgl. § 33 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V

⁶⁴ § 33 Abs. 8 Satz 2 SGB V

Dies gilt auch für Verbrauchsmaterialien, die im - ggf. vertraglich vereinbarten - Lieferumfang eines nicht zum Verbrauch bestimmten Basisproduktes enthalten sind und in einer Versorgung ausgeliefert werden. In diesem Fall wird für das Verbrauchsmaterial keine gesonderte Zuzahlung berechnet. Die Kosten werden der Grundleistung zugeschlagen und die Zuzahlung gemäß den Regelungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel berechnet.

Die nach Verträgen gemäß § 127 SGB V gesondert abrechnungsfähigen Preise für Hausbesuche und Wegegeld werden ebenfalls dem Preis für das Hilfsmittel zugeschlagen, da sie dazu dienen, das Hilfsmittel gebrauchsfertig zur Verfügung zu stellen. Die Zuzahlung wird aus dem Gesamtbetrag ermittelt.

7.2.4 Berechnungsarten

Bei der Zuzahlungsregelung wird unterschieden zwischen

- zum Verbrauch bestimmten und
- nicht zum Verbrauch bestimmten

Hilfsmitteln.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Die Dauer der Benutzung ist dabei unerheblich. Produkte, die nur dazu dienen, Verbrauchshilfsmittel anzuwenden, unterliegen der gleichen Zuzahlungsregelung wie Verbrauchsartikel (z. B. Netzhosen bei Inkontinenzvorlagen). In der beigefügten Tabelle (Anhang III) werden die Hilfsmittel des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V benannt, die der Zuzahlungsregelung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel unterliegen. Im Zuge von Fortschreibungen der Produktgruppen werden entsprechende Hinweise ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen.

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können mehrmals von einem oder - im Wiedereinsatz - von verschiedenen Versicherten verwendet werden. Es sind auch dann nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, wenn sie nach mehrmaligem Gebrauch verschleifen oder abnutzen.

7.2.4.1 Berechnung bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln

Für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 8 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V. Danach zahlen die Versicherten für jedes Hilfsmittel 10 % des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro (allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels) an die abgebende Stelle.

Berechnung:

- 10 % vom Abgabepreis (von dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag)
- ⇒ mindestens 5 Euro
- ⇒ maximal 10 Euro
- ⇒ ggf. begrenzt auf die Kosten des Mittels

7.2.4.2 Berechnung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln

Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 8 Satz 3 SGB V. Danach zahlen die Versicherten 10 % des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, höchstens jedoch 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf. Die Zuzahlung wird auf einen maximalen Monatsbetrag von 10 Euro für alle zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel begrenzt. Dies gilt unabhängig davon, ob die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel aufgrund einer oder mehrerer Indikationen benötigt werden bzw. ob sie verschiedenen Produktgruppen zuzuordnen sind.

Berechnung:

10 % je Packung

⇒ kein Mindestbetrag

⇒ maximal 10 Euro für den Monatsbedarf

7.2.5 Nachträgliche Lieferung von Zubehör- und Zurüstteilen

Nachträgliche Zurüstungen oder Lieferungen von Zubehör- oder Zusatzteilen, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, werden wie eigenständige Hilfsmittel behandelt und unterliegen auch einer Zuzahlungspflicht nach § 33 Abs. 8 SGB V. Sofern zeitgleich mehrere nicht zum Verbrauch bestimmte Zubehör- oder Zurüstteile zu einem Basisprodukt nachgeliefert werden, ist eine Zuzahlung aus dem Gesamtbetrag zu ermitteln. Bei einer Nachlieferung von Verbrauchsmaterialien gelten die Regelungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel.

7.2.6 Vergütungsformen

Die Berechnungsgrundlage für die Zuzahlung ist der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag. Bei diesem Betrag kann es sich je nach Vertragsgestaltung um einen Kaufpreis, eine Wiedereinsatzvergütung oder auch um Mieten bzw. Versorgungspauschalen handeln. Auf jede fällig werdende Miet- oder Pauschalzahlung ist eine Zuzahlung von 10 % zu berechnen, mindestens 5 Euro, aber nicht mehr als die Höhe des fälligen Miet- bzw. Pauschalbetrages. Da sich die Zuzahlung auf das eingesetzte Hilfsmittel bezieht, können je Hilfsmittel für den gesamten Versorgungszeitraum maximal 10 Euro erhoben werden, auch wenn mehrere (Folge-)Verordnungen zugrunde liegen.

Sofern der vertraglich festgelegte Versorgungszeitraum die übliche Lebensdauer eines Produktes widerspiegelt, entsteht bei Fälligwerden einer weiteren Pauschale eine neue Zuzahlung.

Eine höhere Zuzahlung als 10 Euro für eine Versorgung kann anfallen, wenn die Miete bzw. Pauschale nicht nur die Kosten für das Produkt, sondern auch die Kosten für benötigte zum Verbrauch bestimmte Produkte enthält (z. B. Fallpauschale für ein Elektrostimulationsgerät schließt die Kosten für die Elektroden ein). Bei einer solchen Konstellation hat die jeweilige Krankenkasse auf Basis der vertraglichen Regelung eine Entscheidung über die Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel zu treffen.

7.2.7 Paarweise oder beidseitige Versorgung

Hilfsmittel, die im Regelfall zum funktionsgerechten Einsatz als Paar abgegeben werden, sind als Versorgungseinheit anzusehen und nur mit einer Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V zu belegen. Hierzu zählen insbesondere

- Orthopädische Schuhe
- Schuhzurichtungen an konfektionierten Schuhen
- Einlagen
- Gehstützen
- Brillengläser
- Kontaktlinsen
- Kompressionsstrümpfe.

Bei diesen Produkten ist die Zuzahlung aus dem Gesamtbetrag für ein Paar zu ermitteln. Sofern in Ausnahmefällen lediglich ein Produkt erforderlich ist (z. B. Einlage zum Verkürzungsausgleich) gilt dies als ein verordnetes Hilfsmittel und es entsteht eine Zuzahlung auf das einzelne Produkt. Bei Mehrfachausstattungen entsteht je Hilfsmittel eine Zuzahlung (z. B. bei Lieferung von zwei Kompressionsstrümpfen für das linke Bein entstehen zwei Zuzahlungen).

Bei nachfolgenden Produkten werden für die Versorgung auf jeder Körperseite unterschiedliche Indikationen unterstellt, da diese Hilfsmittel in der Regel nicht paarweise – und häufig zeitversetzt - abgegeben werden bzw. die Versorgung mit einem Produkt nicht von einem Gegenstück abhängig ist. Dies sind vor allem

- Bandagen
- Verbandschuhe
- Hörgeräte.

Auch wenn die Versorgung in Einzelfällen auf beiden Seiten zeitgleich erfolgt, entstehen zwei Zuzahlungen gemäß § 33 Abs. 8 SGB V.

7.2.8 Folgekosten

Für bestimmte Leistungen, die nur mittelbar oder gar nicht mit der Hilfsmittelabgabe im Zusammenhang zu sehen sind, wird keine Zuzahlung erhoben. Dazu zählen insbesondere Kosten für die Rückholung und Aussonderung von Hilfsmitteln oder für Reparatur- und Wartungsleistungen sowie für technische Kontrollen. Sofern vorhandene Akkus ausgetauscht werden, handelt es sich um eine Reparatur, die ebenfalls zuzahlungsfrei ist. Batterien sind zum Verbrauch bestimmte Produkte, die mit der entsprechenden gesetzlichen Zuzahlung belegt werden. Für pauschalen Aufwendersersatz (Futterkosten) oder Tierarztkosten für den Blindenführhund entsteht keine Zuzahlung.

Ersatzteile zählen zur Reparatur oder Wartung und werden nicht mit einer Zuzahlung belegt, sofern lediglich bereits vorhandene Bestandteile des Hilfsmittels gegen gleichartige Komponenten ausgetauscht werden und diese nicht zum Verbrauch bestimmt sind. Sofern es sich um Zurüstungen bisher noch nicht vorhandener Hilfsmittelkomponenten handelt oder das Hilfsmittel ausgetauscht wird (Ersatzbeschaffung), entsteht eine gesetzliche Zuzahlung.

7.2.9 Produkte bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung

Bei Produkten, die aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden abgegeben werden oder die im Zusammenhang mit der Entbindung stehen (z. B. Kompressionsstrumpfhosen für die Schwangerschaft), entsteht in Anlehnung an § 196 RVO keine Zuzahlung.

7.2.10 Leistungserbringerwechsel

Sofern Versicherte Hilfsmittel von verschiedenen Leistungserbringern erhalten, ist von jedem Leistungserbringer bei der Versorgung die Zuzahlung vollständig zu erheben. Die Rückerstattung ggf. zuviel gezahlter Beträge erfolgt durch die Krankenkasse. Sofern die Maximalwerte überschritten werden, ist durch die Krankenkasse eine Erstattung an den Versicherten vorzunehmen (z. B. zweimal 10 Euro in einem Monat für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel bei verschiedenen Leistungserbringern).

7.2.11 Übersicht der Zuzahlungsregelungen

Nr.	Art/Vergütung	Zuzahlung	Minimum	Maximum
1	Einzelvergütung für gebrauchsfertiges, wiederverwendbares Hilfsmittel - ggf. inkl. erforderlichen Zubehör-, Zurüst- bzw. Zusatzteilen oder auch Verbrauchsmaterialien und/oder inkl. Anpassung, Auslieferung, Erprobung - (gilt bei Neulieferung, Ersatzbeschaffung oder Folgeversorgung)	10 % vom Gesamtabgabepreis	5 Euro	10 Euro; Kosten des Mittels/ der Mittel
2	Fall-/Versorgungs- oder andere Pauschalen, Mieten	10 % vom jeweils fällig werdenden Pauschal- bzw. Mietbetrag	5 Euro	Insgesamt 10 Euro pro Hilfsmittel für den Gesamtversorgungszeitraum; nicht mehr als der Miet- oder Pauschalbetrag
3	Nachträgliche Zurüstung/ nachträgliche Lieferung von nicht zum Verbrauch bestimmten Zubehör- oder Zusatzteilen (Dies betrifft auch im Rahmen der Erstlieferung Zubehörteile oder Zusätze, die nicht dazu dienen, das Produkt gebrauchsfertig zur Verfügung zu stellen.) Nachträgliche Lieferung von zum Verbrauch bestimmten Artikeln siehe Ziffer 8	10 % vom Gesamtabgabepreis	5 Euro	10 Euro; Kosten der Zurüstung oder Lieferung von Zubehör etc.
4	Wiedereinsatz	10 % von den Wiedereinsatzkosten	5 Euro	10 Euro; Kosten des Wiedereinsatzes
5	Beidseitige/paarweise Versorgung (Hilfsmittel, die im Regelfall zum funktionsgerechten Einsatz als Paar abgegeben werden)	10 % vom Gesamtabgabepreis pro Paar	5 Euro pro Paar	10 Euro pro Paar; Kosten des Paares
6	Nebenkosten wie Hausbesuchs- oder Wegegebühren	Diese Nebenkosten werden der Grundleistung zugeschlagen. Die Zuzahlung wird von dem Gesamtbetrag berechnet. 10 % vom Gesamtabgabepreis inkl. Nebenkosten	5 Euro für die Gesamtleistung	10 Euro für die Gesamtleistung
7	Kosten, die nicht in direktem Zusammenhang mit der Hilfsmittelabgabe stehen (z. B. Rückholung oder Ausson-	Keine Zuzahlung		

Nr.	Art/Vergütung	Zuzahlung	Minimum	Maximum
	<p>derung, Reparatur, Wartung, technische Kontrollen oder Abbruch einer Versorgung)</p> <p>Zubehörteile und Zusätze zählen zur Reparatur, wenn sie bereits vorhandene, gleichartige Bestandteile ersetzen.</p>			
8	Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Erstlieferung, Nachlieferung oder Folgeversorgung)	10 % vom Abgabepreis		10 Euro für den gesamten Monatsbedarf
9	Fall-/Versorgungs- oder andere Pauschalen bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln	10 % der Pauschale (Die Zuzahlung wird jeweils erhoben bzw. fällt an, wenn die Pauschale fällig wird.)		10 Euro für den Monatsbedarf
10	Hilfsmittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung	Keine Zuzahlung		
11	Gleichzeitige Auslieferung von Verbrauchsartikeln und mehrfach verwendbaren Produkten, die nur dazu dienen, die Verbrauchsmaterialien anzuwenden	10 % vom Gesamtabgabepreis		10 Euro für den Monatsbedarf
12	Versorgung von Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	Keine Zuzahlung		

7.2.12 Beispiele für Zuzahlungsregelungen

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Nr.*
Anpassungen	Anpassung im Rahmen einer Neuversorgung	Zuzahlung vom Gesamtbetrag für das Hilfsmittel inkl. Anpassung	1
	Nachträgliche Anpassung z. B. einer Sitzschale oder eines Schaftes aufgrund einer Veränderung der Körpermaße	Keine Zuzahlung	7
Akkus	Austausch von Akkus	Keine Zuzahlung	7
Augenprothese	Erstversorgung mit Interimsprothese	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
	Spätere Endversorgung mit Definitivprodukt	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Blindenlangstock inkl. Mobilitätstraining	Versorgung mit einem Blindenlangstock und Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels durch Mobilitätstraining	10 % von den Gesamtkosten für den Blindenlangstock inkl. der Kosten für das Mobilitätstraining, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1
Bandage	Versorgung mit einer Bandage	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes [Erfolgt zeitgleich die Versorgung mit einer Bandage auf der anderen Körperseite, entsteht pro Bandage eine Zuzahlung]	1
Batterien	Nachlieferung von Batterien	10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien, max. 10 Euro pro Kalendermonat	8
Beatmungsgerät und Zubehör	Gleichzeitige Auslieferung eines Inhaliergerätes mit Zubehör (Schläuche, Nasenbrille usw.)	10 % von den Gesamtkosten (Inhaliergerät und Zubehör), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1
Blindenführhund	Versorgung mit einem Blindenführhund	10 % von den Gesamtkosten, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1
	Pauschaler Aufwendungsersatz (Futterkosten) oder Tierarztkosten für Blindenführhunde	Keine Zuzahlung	7

* Nr. = Regelungsnummer: siehe 7.2.11 Übersicht der Zuzahlungsregelungen

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Nr.*
Brillengläser	Versorgung mit einer Brille	10 % von den Gesamtkosten beider Gläser, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Brustprothese	Gleichzeitige Versorgung mit einer Brustprothese und einem Prothesen-BH/Fixierung	10 % vom Gesamtabgabepreis (Prothese und Prothesen-BH/Fixierung), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1
	Lieferung eines Brustprothesen-Badeanzuges (Zuschuss)	10 % vom Zuschuss, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Zuschusshöhe	1
Cochlear-Implantat	Es handelt sich nicht um ein Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V		
nCPAP-Gerät	Gleichzeitige Auslieferung eines nCPAP-Gerätes mit integrierter Anfeuchtung und Maske sowie Zubehörteilen (z. B. Stirnpolster, Ausatemventil, Haltebändern)	10 % vom Abgabepreis der Produkteinheit/des Gesamtproduktes (nCPAP-Gerät mit integrierter Anfeuchtung und Maske), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Gleichzeitige Auslieferung eines nCPAP-Gerätes und eines Warmluftanfeuchters für ein nCPAP-Gerät	10 % vom Abgabepreis der Produkteinheit (nCPAP-Gerät und Warmluftanfeuchter), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Nachträgliche Zurüstung/ Lieferung eines Warmluftanfeuchters	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Gerätes	3
	Spätere Lieferung/Austausch von Zubehör für ein nCPAP-Gerät im Rahmen einer Wartungspauschale	Keine Zuzahlung	7
Definitivversorgung	Definitivversorgung mit einer Prothese	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Eigenanteil	z. B. bei orthopädischen Schuhen, Personenstandwaagen, Blitz- und Vibrationswecker, Reha-Karren/Buggys	Ein vom Versicherten zu tragender Eigenanteil (z. B. Gebrauchsgegenstandsanteil) ist vor der Berechnung der Zuzahlung von dem Abgabepreis des Hilfsmittels abzuziehen.	
Einlagen	Beidseitige Versorgung mit Einlagen	10 % von den Gesamtkosten beider Einlagen, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Nr.*
Ernährungspumpe	Versorgung mit einer Ernährungspumpe	10 % vom Abgabepreis der Ernährungspumpe, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
	Nachlieferung von Verbrauchsartikeln zur enteralen Ernährung	10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien, max. 10 Euro pro Kalendermonat	8
	Die Zuzahlung für die enterale Ernährung unterliegt der Zuzahlungsregelung für Arzneimittel		
Ersatzfußbettung für orthopädische Schuhe	Ersatzfußbettung für defekte Bettung	Keine Zuzahlung	7
Fußhebeschiene	Versorgung mit einer Fußhebeschiene in Kombination mit einem orthopädischen Maßschuh	10 % vom Gesamtabgabepreis des orthopädischen Schuhs inkl. Fußhebeschiene, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Fußhebeschiene an konfektionierten Schuhen	10 % vom Abgabepreis der Fußhebeschiene, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Hörgerät Hörgerät	Zeitgleiche Versorgung mit einem Hörgerät und einer Otoplastik	10 % vom Gesamtabgabepreis für das Hörgerät und die Otoplastik, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit [Bei beidohriger Versorgung entsteht für die Versorgungseinheit jeder Seite (jedes Ohr) eine Zuzahlung]	1
	Reparaturpauschale für Hörgeräte oder Reparaturkosten nach Aufwand	Keine Zuzahlung	7
	Abbruch einer Hörgeräteversorgung, auch Abbruchpauschale	Keine Zuzahlung	7
Inkontinenzhilfen	Lieferung von Windelhosen (Verbrauchsartikel)	10 % vom Abgabepreis, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8
	Lieferung (auch zeitversetzt) von Vorlagen (zum Verbrauch bestimmtes Hilfsmittel) und Netzhosen (mehrfach verwendbar)	10 % vom Abgabepreis der Vorlagen und Netzhosen gesamt, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	11

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Nr.*
	Versorgungspauschale für ableitende oder aufsaugende Inkontinenzartikel	10 % der Pauschale, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	9
Interimsversorgung	Interimsversorgung mit einer Prothese	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Kompressionsstrumpffartikel	Versorgung mit einem Kompressionschenkelstrumpf mit Haftrand	10 % vom Gesamtabgabepreis (Kompressionsstrumpf inkl. Haftrand), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Versorgung mit einem Kompressionschenkelstrumpf mit Hautkleber	10 % vom Gesamtabgabepreis (Kompressionsstrumpf inkl. Hautkleber), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Nachlieferung des Hautklebers	10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien, max. 10 Euro pro Kalendermonat	8
	Kompressionstrumpfhose für die Schwangerschaft	Keine Zuzahlung	10
	Gleichzeitige Ausstattung mit zwei Kompressionswadenstrümpfen (aus hygienischen Gründen) für das rechte Bein	10 % vom Abgabepreis für jeden Strumpf, min. 5 Euro, max. 10 Euro je Strumpf, nicht mehr als die Kosten pro Strumpf	1
	Beidseitige Versorgung mit Kompressionswadenstrümpfen	10 % von den Gesamtkosten beider Strümpfe, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Kontaktlinsen	Beidseitige Versorgung mit Kontaktlinsen	10 % von den Gesamtkosten beider Kontaktlinsen, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Krankenfahrzeug (Rollstuhl)	Gleichzeitige Auslieferung eines Rollstuhls mit Rollstuhl-Aufsteckantrieb	10 % vom Gesamtabgabepreis des Rollstuhls mit Aufsteckantrieb, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Nachträgliche Zurüstung/ Lieferung eines Rollstuhl-Aufsteckantriebs	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	3
Liner (Prothesenin-nenschaft)	Austausch eines Liners	Keine Zuzahlung	7

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Nr.*
Lupenbrille	Versorgung mit einem Systemträger mit Gläsern und Lupenaufsatz	10 % vom Gesamtabgabepreis des Systemträgers, der Gläser und des Lupenaufsatzes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
Milchpumpen	Versorgung bei Stillproblemen der Mütter und bei Ernährungsproblemen des Kindes (z.B. Saugschwäche, Hasenscharte), Ausstattung erfolgt zur Versorgung des Kindes	Keine Zuzahlung	12
Orthopädische Schuhe	Versorgung mit orthopädischen Schuhen (1 Paar) mit diabetes adaptierter Zurichtung	10 % vom Gesamtabgabepreis des Paares inkl. diabetes adaptierter Zurichtung, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1 und 5
Orthopädische Schuhzurichtungen	Durchführung verschiedener orthopädischer Schuhzurichtungen an konfektionierten Schuhen (1 Paar)	10 % vom Gesamtpreis aller Schuhzurichtungen pro Paar, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Gesamtversorgung	1 und 5
Paarweise Versorgung	Gleichzeitige paarweise bzw. beidseitige Versorgung z. B. mit <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhen - Schuhzurichtungen an konfektionierten Schuhen - Einlagen - Gehstützen - Brillengläsern - Kontaktlinsen - Kompressionsstrümpfen 	10 % vom Gesamtabgabepreis pro Paar, min. 5 Euro, max. 10 Euro pro Paar bzw. Kosten des Paares	5
Reparatur	Durchführung einer Reparatur und Austausch von Ersatzteilen	Keine Zuzahlung	7
Sauerstoff	Füllungen von Sauerstoffflaschen	10 % vom Abgabepreis der Füllung, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8
Stoma	Versorgung mit Stomaartikeln und Kompressen	10 % vom Gesamtabgabepreis der Stomaartikel und Kompressen, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8
Stumpfstrumpf	Gleichzeitige Versorgung mit einer Beinprothese und einem Stumpfstrumpf	10 % vom Gesamtabgabepreis der Beinprothese und des Stumpfstrumpfes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Gesamtversorgung	1
	Nachlieferung eines Stumpfstrumpfes	10 % vom Abgabepreis des Stumpfstrumpfes, min. 5 Euro,	3

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Nr.*
		max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	
Technische Kontrollen	Durchführung von technischen Kontrollen	Keine Zuzahlung	7
Teststreifen	Lieferung von Harn- und Blut- Zuckerteststreifen	Zuzahlungsbefreiung nach § 31 Abs. 3 SGB V	
Unterarmgehstützen	Gleichzeitig beidseitige Versorgung mit Unterarmgehstützen	10 % von den Gesamtkosten beider Unterarmgehstützen, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Verbrauchsartikel verschiedener Produktgruppen	Gleichzeitige Versorgung mit Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie (Produktgruppe 03) sowie Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhen (Produktgruppe 19)	10 % vom Gesamtabgabepreis der Verbrauchsmaterialien insgesamt zur enteralen Therapie sowie der Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe, maximal 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf	8
Verschiedene nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Gleichzeitige Auslieferung eines Beatmungsgerätes und eines Absauggerätes	10 % vom Abgabepreis des Beatmungsgerätes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Beatmungsgerätes	1
		10 % vom Abgabepreis des Absauggerätes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Absauggerätes (Es handelt sich um zwei eigenständige Hilfsmittel.)	1
Verbandmittel	Verbandmittel sind keine Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V	Ausnahmeregelung für Stomaversorgung	
Wartung	Durchführung einer Wartung und Austausch von Ersatzteilen	Keine Zuzahlung	7

7.3 Gesetzliche Zuzahlung für Pflegehilfsmittel

Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel eine Zuzahlung von 10 v. H., höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten hat die Pflegekasse in entsprechender Anwendung des § 62 SGB V bei Erreichen bestimmter Belastungsgrenzen innerhalb eines Kalenderjahres eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr von dem Versi-

cherten zu leisten sind⁶⁵. Eine Berücksichtigung der Zuzahlung, die der Versicherte bereits im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung geleistet hat, ist dabei nicht möglich.

Bei leihweise bzw. im Leasingverfahren überlassenen technischen Pflegehilfsmitteln entfällt eine Zuzahlung.

8. Abgrenzung zu anderen Sozialleistungsträgern bei der Versorgung mit Hilfsmitteln

Im Rahmen der für alle behinderten Menschen geltenden Bestimmungen ist die Gesetzliche Krankenversicherung nur innerhalb ihres Aufgabengebietes - Krankenhilfe und medizinische Rehabilitation - und unter ihren besonderen Voraussetzungen (vgl. § 7 SGB IX) zur Gewährung von Hilfsmitteln verpflichtet.

Das BSG hat in ständiger Rechtsprechung deutlich gemacht, dass der Gesetzlichen Krankenversicherung allein die medizinische Rehabilitation obliegt, also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation, die auch die Versorgung mit Hilfsmitteln umfassen kann, ist hingegen Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist folglich nicht dafür zuständig, die Hilfen zu finanzieren, um die Eingliederung in das private, gesellschaftliche und berufliche Leben zu fördern. Hieran hat sich auch durch die Einführung des SGB IX nichts geändert⁶⁶.

Sofern für eine Hilfsmittelversorgung verschiedene Sozialleistungsträger zuständig sind, können die Kosten aufgeteilt bzw. dem in Vorleistung getretenen Sozialleistungsträger erstattet werden, sofern es sich um eine nach dem Ursachenmaßstab teilbare Leistung handelt⁶⁷.

8.1 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Die Folgen einer Behinderung können darin bestehen, dass der behinderte Mensch nicht mehr in seiner Wohnung leben, dass er seinen Haushalt nicht mehr allein führen kann und dass es ihm ohne spezielle Hilfen nicht mehr möglich ist, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Um Folgen dieser Art zu mildern oder auszugleichen, sind gesetzliche Hilfen zur allgemeinen sozialen Eingliederung vorgesehen. Solche Hilfen können darin bestehen, dass bestimmte Geräte im Umfeld des behinderten Menschen (in der Wohnung, in der Schule oder am Arbeitsplatz) installiert oder dort bestimmte Veränderungen vorgenommen werden.

Hilfen zur allgemeinen sozialen Eingliederung können je nach Ursache der Behinderung von den Trägern der Unfallversicherung und der Kriegsopferversorgung, ansonsten von den Trägern der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe nach §§ 39 ff. BSHG) gewährt werden.

⁶⁵ Vgl. § 40 Abs. 2 und 3 SGB XI

⁶⁶ Vgl. BSG-Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 3/02 R

⁶⁷ Vgl. BSG-Urteil vom 22. August 2001 -B 3 KR 9/00 R

8.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Beruhet die Notwendigkeit der Beschaffung einer Hilfe – als solche oder in der benötigten Ausführung oder Ergänzung zu Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln – ausschließlich auf beruflichen Gründen, scheidet eine Leistungsgewährung durch die Gesetzliche Krankenversicherung aus. Hilfen dieser Art bessern, beheben oder beseitigen Funktionsstörungen nicht in medizinischer Hinsicht, sie gleichen vielmehr die Folgeerscheinungen einer Behinderung für bestimmte Verrichtungen im beruflichen Bereich aus.

Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation, die insbesondere auch Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme umfassen sowie sonstige Hilfen der Arbeits- und Berufsförderung, die dem Betreuten eine bestimmte Erwerbs- oder Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen ermöglichen sollen, können vom Rentenversicherungsträger oder von der Bundesagentur gewährt werden. Je nach Ursache der Behinderung kann auch der Träger der Unfallversicherung oder der Kriegsopferversorgung, ansonsten der Träger der Sozialhilfe zuständig sein. Für schwerbehinderte Menschen kommen Hilfen nach dem SGB IX in Betracht (Darlehen oder Zuschüsse für die Arbeitsplatzausstattung).

8.3 Abgrenzung zur gesetzlichen Unfallversicherung

Eine Leistungsgewährung durch die Gesetzliche Krankenversicherung kann nicht erfolgen, wenn die Hilfsmittelversorgung die Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist. Hier besteht vielmehr eine Leistungspflicht des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung⁶⁸.

8.4 Abgrenzung zum Bundesversorgungsgesetz (Versorgungsamt)

Bei Versorgungsberechtigten kann für Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation auch das Versorgungsamt zuständig sein. Das ist vor allem der Fall, wenn die Notwendigkeit des Hilfsmittels auf Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind, beruht. Abweichend davon sind eine schädigungsbedingte Brille oder Kontaktlinsen vom Krankenversicherungsträger zu erbringen – sofern die krankenversicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind -, denn versorgungsrechtlich handelt es sich hierbei um Heilmittel, die in den gesetzlichen Betreuungsauftrag der Krankenversicherung für bestimmte Versorgungsleistungen einbezogen sind⁶⁹.

⁶⁸ Vgl. § 11 Abs. 5 SGB V sowie §§ 27 Abs. 1 Nr. 4 und 31 SGB VII

⁶⁹ Vgl. §§ 10 Abs. 1, 11 Abs. 1 Nr. 3 und 8, 18c Abs. 1 BVG

Anhang I: Definitionen zu § 33 Abs. 2 SGB V

Eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 der von der WHO empfohlenen Klassifikation ist Voraussetzung für den Leistungsanspruch auf Sehhilfen bei Erwachsenen. Nach dem Kodierungsschlüssel gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), betrifft dies Versicherte, die unter

- Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.0)
- Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H54.1) oder
- Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.2)

leiden.

Kodierungsschlüssel gemäß ICD-10 (Auszug)

H54.0 Blindheit beider Augen

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen

H54.1 Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines Auges, Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des anderen Auges

H54.2 Sehschwäche beider Augen

Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

Um eine Zuordnung zu den H54-Diagnoseschlüsseln erstellen zu können, müssen die WHO-Stufen für jedes Auge separat erhoben werden, um daraus den Diagnoseschlüssel abzuleiten:

1. Rechts: WHO = 1
Links: WHO = 1
ICD = H54.2
2. Rechts: WHO = 1
Links: WHO = 3
ICD = H54.1
3. Rechts: WHO = 4
Links: WHO = 3
ICD = H54.0

Bezeichnung gemäß ICD 10	Stufen gemäß WHO	Sehfähigkeit mit bestmöglicher Korrektur
Sehschwäche	1	Sehschärfe (Visus) von 0,3 bis 0,1
	2	Sehschärfe (Visus) von 0,1 bis 0,05
Blindheit	3	Sehschärfe (Visus) von 0,05 bis 0,02
	4	Sehschärfe (Visus) von 0,02 bis Lichtwahrnehmung
	5	keine Lichtwahrnehmung

Eine schwere Sehbeeinträchtigung, die zu einer Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen führen kann, liegt somit nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) auf jedem Auge bei bestmöglicher Korrektur trotz Verwendung von Sehhilfen jeglicher Art maximal 0,3 beträgt. Besteht bei bestmöglicher Korrektur auf einem Auge eine Sehleistung von $\leq 0,3$ (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen Auge bei bestmöglicher Korrektur eine Sehleistung von $> 0,3$ (größer als 30 %), besteht kein Leistungsanspruch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsanspruch nicht aus.

Anhang II: Eigenanteils- und Zuschussempfehlungen bei Hilfsmitteln mit Gebrauchsgegenstandsanteil

Die Spitzenverbände der Krankenkassen (im Folgenden: Spitzenverbände) hatten für Hilfsmittel, die einen Gebrauchsgegenstand beinhalten oder ersetzen, am 19. März 1997 und am 30. März 1998 sowie in verschiedenen Besprechungen Eigenanteils- bzw. Zuschussempfehlungen ausgesprochen. Diese wurden vor dem Hintergrund der Währungsumstellung von DM auf EURO am 1. August 2001 angepasst, indem die EURO-Beträge nach dem amtlichen Umrechnungskurs berechnet und anschließend auf glatte EURO-Beträge gerundet wurden. Die Eigenanteile für orthopädische Schuhe für Erwachsene wurden auf Basis der zweiten Verordnung zur Änderung der Orthopädieverordnung vom 26. Juni 2001 (in Kraft getreten am 1. Juli 2001) festgelegt.

Im Nachhinein wurde in den Rechtsvorschriften des Bundesversorgungsgesetzes eine Umstellung auf glatte EURO-Beträge bekannt gegeben, die von denen in der Empfehlung der Spitzenverbände abwichen⁷⁰. Die Spitzenverbände haben daher eine Änderung ihrer Empfehlung vom 1. August 2001 vorgenommen, damit ein einheitliches Vorgehen bei den verschiedenen Kostenträgern gewährleistet ist.

Die Zuzahlungs- bzw. Eigenanteilsbeträge der vorgenannten Empfehlungen werden in dieser Verlautbarung zusammengeführt.

Darüber hinaus wird eine Zuschussempfehlung zu Badeanzügen für Brustprothesenträgerinnen ausgesprochen, der sich der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. nicht anschließt.

Grundsätzlich ist gemäß § 33 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 61 SGB V eine Zuzahlung des Versicherten zu allen Zahlungen seiner Krankenkasse im Rahmen seiner Hilfsmittelversorgung fällig. Grundlage für die Berechnung der Zuzahlung ist der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag. Ein vom Versicherten zu zahlender Gebrauchsgegenstandsanteil ist somit vor der Berechnung der Zuzahlung von dem Abgabepreis des Hilfsmittels abzuziehen.

⁷⁰ Vgl. Bekanntmachung über die Umstellung der im Sozialen Entschädigungsrecht ausgewiesenen Signalbeträge und Tabellenwerte auf den EURO vom 15. Oktober 2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger vom 17. November 2001, Nr. 215 a

Eigenanteilsregelung

Produktbezeichnung Produktart	Empfohlener Eigenanteil EURO
Orthopädische Schuhe für Erwachsene	pro Paar
<i>Maßschuhe:</i>	
Orthopädische Straßenschuhe 31.03.01.0	76,00 €
Orthopädische Hausschuhe 31.03.01.1	40,00 €
Orthopädische Sportschuhe 31.03.01.2	30,00 €
Orthopädische Badeschuhe 31.03.01.3	14,00 €
Orthopädische Interimsschuhe 31.03.01.4	--,--
<i>Konfektionsschuhe:</i>	
Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkbandschädigung 31.03.03.0	76,00 €
Stabilisationsschuhe bei Achillessehenschädigung 31.03.03.1	76,00 €
Stabilisationsschuhe bei Lähmungszuständen 31.03.03.2	76,00 €
Verbandschuhe (Kurzzeit) 31.03.03.3	--,--
Verbandschuhe (Langzeit) 31.03.03.4	--,--
Fußteilentlastungsschuh 31.03.03.5	--,--
Korrektursicherungsschuhe 31.03.03.6	--,--
Schuhe über Beinorthese 31.03.03.7	76,00 €

Produktbezeichnung Produktart	Empfohlener Eigenanteil EURO
Orthopädische Schuhe für Kinder	pro Paar
<i>Maßschuhe:</i>	
Orthopädische Straßenschuhe 31.03.01.0	45,00 €
Orthopädische Hausschuhe 31.03.01.1	20,00 €
Orthopädische Sportschuhe 31.03.01.2	20,00 €
Orthopädische Badeschuhe 31.03.01.3	14,00 €
Orthopädische Interimsschuhe 31.03.01.4	--,--
<i>Konfektionsschuhe:</i>	
Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkbandschädigung 31.03.03.0	45,00 €
Stabilisationsschuhe bei Achillessehenschädigung 31.03.03.1	45,00 €
Stabilisationsschuhe bei Lähmungszuständen 31.03.03.2	45,00 €
Verbandschuhe (Kurzzeit) 31.03.03.3	--,--
Verbandschuhe (Langzeit) 31.03.03.4	--,--
Fußteilentlastungsschuh 31.03.03.5	--,--
Korrektursicherungsschuhe 31.03.03.6	45,00 €
Schuhe über Beinorthese	45,00 €

Produktbezeichnung Produktart	Empfohlener Eigenanteil EURO
31.03.03.7	pro Stück
Zwei-/Dreirad 22.51.01.0 22.51.02.0 bis 22.51.02.2	255,00 €
Behindertengerechter Autokindersitz 26.11.06.0	100,00 € (bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres)
Personenstandwaage 21.99.01.0	30,00 €
Blitz-/Vibrationswecker 16.99.09.3	15,00 €
Reha-Karren/Buggy 18.99.01.0 bis 18.99.01.2	100,00 € (bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres)
Spreizkinderwagen 18.99.01.3	200,00 € ⁷¹

Zuschussregelung

Produktbezeichnung Produktart	Empfohlener Zuschuss EURO
	pro Stück
Badehose- oder anzug für Inkontinente	175,00 €
Badeanzug für Brustprothesenträgerinnen	50,00 € ⁷²
Schlupfsack (z. B. für Rollstuhlfahrer)	max. 125,00 €
Zuschuss zur Prothesenfixierung (für Brustprothesenträgerinnen)	40,00 €

⁷¹ Eigenanteil nur bei Eigentumsübergang auf den Versicherten

⁷² Dieser Empfehlung schließt sich der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. nicht an.

Anhang III: Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Positionsnummer/ Produktart des Hilfsmittelverzeichnis	Produktbezeichnung/Produktartbezeichnung
Produktgruppe 01	Absauggeräte
01.99.01.0	Absaugkatheter
01.99.01.3001	Abrechnungsposition für Fingertips
<i>01.99.01.4</i>	<i>Geschlossene Absaugsysteme</i>
01.99.99.0001	Abrechnungsposition für Schläuche
01.99.99.0002	Abrechnungsposition für Bakterienfilter
Produktgruppe 03	Applikationshilfen
<i>03.36.02.0</i>	<i>Transnasale Sonden, gastrale Lage</i>
<i>03.36.02.2</i>	<i>Transnasale Sonden, jejunale Lage</i>
<i>03.36.02.3</i>	<i>Transnasale Sonden, Pädiatrie</i>
<i>03.36.03.3</i>	<i>Perkutane Sonden, Button</i>
03.99.01.1	Insulin-Kunststoffspritzen
03.99.01.2	Insulin-Spritzen mit Dosisfesteinstellung
03.99.01.3	Sonstige Kunststoffspritzen
03.99.01.4	Spritzen zur Verwendung mit Spritzenpumpen
03.99.04.0	Infusionspumpen zur einmaligen Verwendung (mechanisch, hydraulisch, pneumatisch)
03.99.07.0	Überleitsysteme zur Schwerkraftapplikation ohne integrierten Beutel
03.99.07.1	Überleitsysteme zur Schwerkraftapplikation mit integriertem Beutel
03.99.07.2	Überleitsysteme zur Pumpenapplikation ohne integrierten Beutel
03.99.07.3	Überleitsysteme zur Pumpenapplikation mit integriertem Beutel
03.99.07.4	Ernährungsbeutel
<i>03.99.07.5</i>	<i>Mischbeutel zur Ernährung</i>
<i>03.99.07.6</i>	<i>Mischsystem zur Ernährung ohne integrierten Beutel</i>
<i>03.99.07.7</i>	<i>Mischsystem zur Ernährung mit integriertem Beutel</i>
03.99.08.0	Infusionsbesteck zur Schwerkraftapplikation
03.99.08.1	Infusionsbesteck zur Pumpenapplikation
<i>03.99.08.2</i>	<i>Überleitsystem zur Pumpapplikation ohne integrierten Beutel</i>
<i>03.99.08.3</i>	<i>Überleitsystem zur Pumpapplikation mit integriertem Beutel</i>
<i>03.99.08.4</i>	<i>Infusionsbeutel</i>
<i>03.99.08.5</i>	<i>Mischsystem zur Pumpapplikation</i>
03.99.99.0009	Abrechnungsposition für Ampullen zu Insulin und Medikamentenpumpen
03.99.99.0011	Abrechnungsposition für Schlauchverlängerungen
03.99.99.0012	Abrechnungsposition für Absperrhähne, Dreiwegehähne
03.99.99.0013	Abrechnungsposition für Rückflusssperren
03.99.99.0014	Abrechnungsposition für Verschlussstopfen
03.99.99.0015	Abrechnungsposition für Rektalkatheter für elektrisch betriebene Irrigationspumpen
03.99.99.0016	Abrechnungsposition für Aufhängevorrichtungen zum einmaligen Gebrauch

Produktgruppe 03	Applikationshilfen
03.99.99.0025	Abrechnungsposition für Fixationssystem für Magensonden, einmal verwendbar
03.99.99.1	Abrechnungspositionsnummer für Verbrauchsmaterialien (Zubehör zu Infusionsbestecken/Überleitsystemen)
Produktgruppe 09	Elektrostimulationsgeräte
09.99.99.0	<i>Abrechnungspositionen für Zusätze (Elektroden und Elektrodengel)</i>
Produktgruppe 12	Hilfsmittel bei Tracheostoma
12.24.01.0	Trachealkanülen ohne Innenkanülen aus Silikon
12.24.01.1	Trachealkanülen ohne Innenkanülen aus sonstigen Kunststoffen
12.24.01.2	Button
12.24.04.0	Trachealkanülen zur Beatmung ohne Innenkanüle, ohne Manschette
12.24.04.1	Trachealkanülen zur Beatmung mit Innenkanüle, ohne Manschette
12.24.05.0	Trachealkanülen zur Beatmung ohne Innenkanüle, mit Manschette
12.24.05.1	Trachealkanülen zur Beatmung mit Innenkanüle, mit Manschette
12.24.06.2	Innenkanülen aus sonstigen Kunststoffen
12.24.07.4	Partikelfilter
12.24.07.6	Wärme-Feuchtigkeits-Austauscher (Künstliche Nasen/HME)
12.24.07.8	Wärme-Feuchtigkeits-Austauscher mit Filterwirkung
	(Künstliche Nasen/HME)
12.24.09.0	Partikelfilter bei Beatmung
12.24.09.1	Wärme-Feuchtigkeits-Austauscher bei Beatmung (Künstliche Nasen/HME)
12.24.09.2	Wärme-Feuchtigkeits-Austauscher mit Filterwirkung
	bei Beatmung (Künstliche Nasen/HME)
12.99.99.0019	Ersatzgitter
12.99.99.1	Abrechnungspositionen für Verbrauchsmaterialien
Produktgruppe 14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte
14.99.99.1	Verbrauchsmaterial
Produktgruppe 15	Inkontinenzhilfen
15.25.01.0	Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1
15.25.01.1	Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2
15.25.01.2	Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3
15.25.01.3	Rechteckvorlagen, Größe 1
15.25.01.4	Rechteckvorlagen, Größe 2
15.25.01.5	Vorlagen für Urininkontinenz
15.25.02.0	Netzhosen, Größe 1
15.25.02.1	Netzhosen, Größe 2
15.25.03.0	Inkontinenzhosen, Größe 1
15.25.03.1	Inkontinenzhosen, Größe 2
15.25.03.2	Inkontinenzhosen, Größe 3
15.25.04.1	Urinableiter für Frauen

Produktgruppe 15	Inkontinenzhilfen
15.25.04.2	Urinaleiter für Männer
15.25.04.3	Urinaleiter für Kinder
15.24.04.4	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, nicht gebrauchsfertig
15.24.04.5	Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, gebrauchsfertig verpackt
15.24.04.6	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus latexfreien Materialien, nicht gebrauchsfertig
15.24.04.7	Urinal-Kondome/Rolltrichter aus latexfreien Materialien gebrauchsfertig verpackt
15.24.04.8	Urinal-Kondome/Rolltrichter bei ISK, Sonderform
15.25.05.1	Beinbeutel mit Ablauf, unsteril
15.25.05.3	Beinbeutel mit Ablauf, steril
15.25.05.4	Kinderbeinbeutel, steril
15.25.05.5	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril
15.25.05.6	Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, steril
15.25.05.7	Beinbeutel mit Entlüftung
15.25.06.0	Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril
15.25.06.1	Bettbeutel mit Ablauf, unsteril
15.25.06.2	Bettbeutel ohne Ablauf, steril
15.25.06.3	Bettbeutel mit Ablauf, steril
15.25.07.0	Bettbeutel, mit Tropfkammer
15.25.07.1	Kombinierte Bett- und Beinbeutel, mit Tropfkammer
15.25.09.0	Sonstige Urinauffangbeutel
15.25.10.0	Beutel mit Klebefläche
15.25.14.4	Einmalkatheter, unbeschichtet, nicht gebrauchsfertig
15.25.14.5	Einmalkatheter, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt
15.25.14.6	Einmalkatheter, beschichtet, nicht gebrauchsfertig
15.25.14.7	Einmalkatheter, beschichtet, gebrauchsfertig verpackt
15.25.14.8	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, unbeschichtet, gebrauchsfertig verpackt
15.25.14.9	Einmalkatheter mit Auffangbeutel, beschichtet, gebrauchsfertig verpackt
15.25.15.3	Ballonspülkatheter
15.25.15.5	Ballonkatheter, silikonisiert, für die kurzzeitige Versorgung
15.25.15.6	Ballonkatheter, Silikon, für die langfristige Versorgung
15.25.16.0	Katheterverschlüsse
15.25.17.0	Analtampons
15.25.20.0	Intraurethrale Inkontinenztherapiesysteme
15.25.21.2	Vaginaltampons
15.99.99.0	Abrechnungsposition für Zubehör (teilweise Verbrauchsartikel)
15.99.99.1	Abrechnungsposition für Verbrauchsmaterialien
Produktgruppe 17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
17.06.07.0	Hautkleber

Produktgruppe 19	Krankenpflegeartikel
19.40.05.3	Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,4 x 0,6 m
19.40.05.4	Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,6 x 0,6 m
19.40.05.5	Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,6 x 0,9 m
19.99.01.0	Einmalhandschuhe, unsteril
19.99.01.1	Einmalhandschuhe, steril
Produktgruppe 21	Messgeräte für Körperzustände-/funktionen
21.99.99.1	Verbrauchsmaterialien
Produktgruppe 25	Sehhilfen
25.21.36.4	Okklusionspflaster
25.21.54.2	Austauschsysteme (Einweglinsen)
25.21.55.2	Verbandschalen, auch als Medikamententräger
Produktgruppe 27	Sprechhilfen
27.17.04.0	Shunt-Ventile
27.99.99.1	Abrechnungsposition für Verbrauchsmaterialien
Produktgruppe 29	Stomaartikel
29.26.01.0	Beutel für Basisplatte
29.26.01.1	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand
29.26.01.2	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand
29.26.01.3	Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand
29.26.02.0	Beutel für Basisplatte zum Rasten
29.26.02.1	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand
29.26.02.2	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand
29.26.02.3	Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand
29.26.03.0	Beutel für Basisplatte
29.26.03.1	Beutel mit Klebefläche oder Klebeband
29.26.03.2	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand
29.26.03.3	Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand
29.26.04.0	Stomakappen
29.26.04.1	Minibeutel
29.26.05.0	Basisplatten Größe 1
29.26.05.1	Basisplatten Größe 2
29.26.05.2	Basisplatten Größe 3
29.26.06.0	Gewölbte Basisplatten Größe 1
29.26.06.1	Gewölbte Basisplatten Größe 2
29.26.06.2	Gewölbte Basisplatten Größe 3
29.26.07.0	Hautschutzplatten Größe 1
29.26.07.1	Hautschutzplatten Größe 2
29.26.07.2	Hautschutzplatten Größe 3
29.26.07.3	Hautschutzrollen

Produktgruppe 29	Stomaartikel
29.26.08.2	Ersatzbeutel für Irrigatoren
29.26.09.1	Ersatzbeutel für Anus Praeter-Bandagen
29.26.10.0	Hautschutzpasten/Ausgleichspasten
29.26.10.1	Hautschutzpulver/Puder
29.26.10.2	Hautschutztücher/Schwämme
29.26.10.3	Lotionen/Cremes
29.26.10.4	Pflasterentferner
29.26.10.5	Haftsprays/Haftmittel
29.26.11.1	Filter
29.26.11.2	Hautschutzringe
29.26.11.3	Beutelbezüge aus Vlies
29.26.11.5	Stomaverschlüsse
29.26.11.6	Sonstige Stomaartikel