

### 3.3.3. Hilfsmittel

Hilfsmittel wie Hörhilfen, Prothesen, Gehhilfen bis hin zur sprachgesteuerten Fernbedienung zur Umfeldsteuerung tragen zu einer möglichst selbstbestimmten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bei. Insgesamt wurde in 1.737 Gesprächen dieses Schwerpunkts zu diesem Thema beraten. Dies entspricht einem Anteil von sechs Prozent an allen Beratungen zu Ansprüchen gegenüber Kostenträgern. In 15,4 Prozent der Fälle haben Ratsuchende eine Beschwerde formuliert. In 18,4 Prozent der Beratungen zu diesem Thema haben Beraterinnen und Berater einen Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert.



#### *Fallbeispiel Inge B. (72)*

*Frau B. leidet infolge einer Parkinsonerkrankung unter starker Inkontinenz und benötigt regelmäßig Windelhosen. Da sie die entstehenden Kosten auf lange Sicht nicht selbst tragen kann, bittet sie ihren behandelnden Arzt um eine entsprechende Verordnung und erhält diese auch umgehend. Ihre Krankenkasse teilt Frau B. allerdings mit, dass die Kosten für die bislang verwendeten Windeln aus dem nahegelegenen Sanitätshaus nicht übernommen werden können. Stattdessen wird sie an einen Vertragslieferanten verwiesen, mit dem ein monatlicher Betrag in Höhe von 14,99 Euro für die Inkontinenzmaterialien ausgehandelt wurde. Die auf diesem Wege bereitgestellten Windeln können jedoch nur eine geringe Menge an Flüssigkeit aufnehmen und laufen schon nach kurzer Zeit aus. Kleidung und Bettzeug müssen deshalb ständig gewechselt werden und Frau B. klagt über ein ständiges Nässegefühl. Die Haut hat sich schon nach kurzer Zeit entzündet und ist wund geworden. Hinzu kommt eine wiederkehrende Pilzinfektion, die zu starkem Juckreiz führt.*

*Als sich Frau B. daraufhin wiederholt an ihre Krankenkasse wendet, wird sie an den Hilfsmittellieferanten verwiesen, der nach Aussage der Krankenkasse vertraglich verpflichtet sei, eine Hilfsmittelversorgung in ausreichender Qualität sicherzustellen. Der Hilfsmittellieferant reagiert jedoch nicht auf die Anfrage von Frau B. Nach mehreren erfolglosen Versuchen wendet sie sich an die UPD. Sie ist verzweifelt und schämt sich wegen ihrer Inkontinenz. Angesichts der undichten Windeln wagt sie schon seit Wochen nicht mehr, ihre Wohnung zu verlassen.*

## **Fakten und Hintergründe | Hilfsmittel**

Die Finanzierung von Hilfsmitteln erfolgt je nach Einsatzbereich durch unterschiedliche Kostenträger wie die gesetzliche Kranken- oder Pflegeversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die Träger der Sozialhilfe. Nach § 33 SGB V haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Versorgung mit den erforderlichen Hilfsmitteln, um den Erfolg der Kran-

kenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder um eine Behinderung auszugleichen. Dieser Anspruch umfasst unter anderem die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln wie auch notwendige Wartungsarbeiten. Ebenfalls eingeschlossen sind etwaige Energiekosten, beispielsweise zum Betrieb eines Elektrorollstuhls. Der Bereitstellung von Hilfsmitteln geht häufig eine ärztliche Verordnung voraus. Die Hilfsmittel, die grundsätzlich von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, werden in einem Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes aufgelistet. Verschiedenen Urteilen des Bundessozialgerichts folgend, können Ärztinnen und Ärzte aber grundsätzlich auch Hilfsmittel verordnen, die nicht in diesem Verzeichnis aufgeführt sind.

Die Krankenkassen schließen mit Hilfsmittelerbringern Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln. Um das Hilfsmittel tatsächlich zu erhalten, können Versicherte dann häufig nur Hilfsmittelanbieter in Anspruch nehmen, mit denen die jeweilige Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat. Neben sogenannten Verhandlungsverträgen, denen sich weitere Leistungserbringer zu gleichen Bedingungen anschließen können, werden die Hilfsmittel zum Teil auch ausgeschrieben. Hier erhält meist der Anbieter mit dem günstigsten Angebot den Zuschlag. In der Folge sind die Versicherten grundsätzlich an diesen Hilfsmittellieferanten gebunden. Geht das Hilfsmittel über das Maß des Notwendigen hinaus, müssen die Versicherten die Mehrkosten und daraus resultierende höhere Folgekosten selbst tragen.



## Aus der Beratungspraxis | Hilfsmittel

Auszüge aus einem moderierten Gruppeninterview und Einzelinterviews mit Beraterinnen und Beratern der UPD zu diesem Thema (März/April 2015)

### Ausschreibung statt Verhandlungsvertrag

Die Beraterinnen und Berater berichten, dass sich Ratsuchende wegen ganz unterschiedlicher Hilfsmittel an die UPD wenden. Besonders häufig werde zu Inkontinenzmaterialien, Hörgeräten, Rollstühlen und CPAP-Masken zur Behandlung von Schlafapnoe-Syndrom beraten. Die benötigten Hilfsmittel seien oft kostenintensiv und die Patientinnen und Patienten würden seitens der Hilfsmittellieferanten häufig umworben. Anbieter wie etwa Hörgeräteakustiker würden Patienten nicht selten verunsichern: „Die Kassenleistung taugt nichts. Wenn Sie eine vernünftige Versorgung wollen, müssen Sie zuzahlen. Das sind typische Aussagen, die wir immer wieder hören.“ Zum Teil werde eine zuzahlungsfreie Versorgung erst gar nicht angeboten. Wirtschaftliche Aufzahlungen würden zudem nicht transparent gemacht und Patienten erführen erst bei der Auslieferung bzw. Abholung, dass die Hilfsmittelversorgung zusätzliche Kosten verursacht.

Bezüglich der Bewilligungspraxis der gesetzlichen Krankenversicherung führen die Beraterinnen und Berater weiter aus, dass die Anträge zwar fristgerecht innerhalb von drei Wochen bearbeitet würden, die Ablehnungen zum Teil aber nicht nachvollziehbar seien: „Oft klappt es erst beim zweiten oder dritten Anlauf. Bei Ablehnung gibt es meist keinen konstruktiven Vorschlag, wie der Hilfsmittelbedarf



abgedeckt werden könnte. Die Verzögerungen bis zur Bewilligung sind zum Teil unzumutbar, in Einzelfällen kann es bis zu zwei Jahre dauern, bis die Patienten die Versorgung erhalten, die sie benötigen.“ Auch beim Entlassungsmanagement im Krankenhaus bleibe häufig nicht genug Zeit, um eine ausreichende Versorgung mit Hilfsmitteln sicherzustellen. Äußerst schwierig gestalte sich außerdem die Versorgungssituation bei Hilfsmitteln, die nicht im Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt seien: „Eigentlich müsste hier im Einzelfall entschieden werden. Die Begründung, dass ein Hilfsmittel nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist, kann nicht per se als Begründung für die Ablehnung herangezogen werden. Auch wenn dies immer wieder geschieht.“

Beschwerden von Ratsuchenden tauchen aber nicht nur in Hinblick auf die Bewilligungspraxis auf, sondern immer häufiger auch in Hinblick auf die mangelhafte Qualität der Hilfsmittel, wie Beraterinnen und Berater berichten. Dies sei meist dann der Fall, wenn sich die Krankenkasse nicht für einen Verhandlungsvertrag mit Hilfsmittelanbietern entschieden, sondern die Versorgung ausgeschrieben habe: „Die Qualität der Hilfsmittel spielt in diesen Ausschreibungen häufig eine untergeordnete oder gar keine Rolle. Im Ergebnis erhält der billigste Anbieter den Zuschlag und die Qualität der Hilfsmittel, aber auch die Servicequalität der Anbieter bleiben auf der Strecke.“ Problematisch sei in diesem Zusammenhang auch, dass die Hilfsmittellieferanten meist nicht vor Ort seien: „Wenn ein Hilfsmittel defekt ist, kann es sehr lange dauern bis der Hilfsmittellieferant einen Techniker rausschickt. Manchmal müssen Patienten dann wochenlang auf ihr Hilfsmittel verzichten. Das kann für die Patienten z.B. bei einem Rollstuhl mit weitreichenden Folgen verbunden sein, etwa wenn sie auf einen Rollstuhl angewiesen sind.“

Zur Methodik der Fokusgruppen → **Kapitel 1.4**