

Thema des Monats Februar 2010

Hilfsmittel



Impressum:

Inhalte und Gestaltung: Marlen Holnick

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, Januar 2010

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeines zu Hilfsmitteln	4
1. Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).....	4
2. Kosten & Zuzahlungen.....	5
3. Hilfsmittel in der Pflegeversicherung.....	6
3.1 Anspruch auf Pflegehilfsmittel.....	6
3.2 Besonderheiten in der vollstationären Pflege.....	7
4. Gebot der Wirtschaftlichkeit.....	8
5. Instandsetzung & Ersatzbeschaffung.....	8
II. Ausgewählte Hilfsmittel aus der Rechtsprechung im Bereich Mobilität -	
Rollstühle und Zubehör	9
1. Elektrorollstuhl	9
2. Therapie-Tandems/Rollstuhl-Fahrrad-Kombinationen	10
3. Toilettenrollstuhl.....	11
4. Kraftknoten	11
5. schwenkbarer Autositz als Einsteigeilfe	11
6. Treppensteigehilfen	12
7. Deckenlifter	12

I. Allgemeines zu Hilfsmitteln

Hilfsmittel können Bestandteil der Krankenbehandlung, der Pflege, der medizinischen Rehabilitation, der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sein.

Aufgrund der Vielfältigkeit der Hilfsmittel soll im Folgenden nur auf Rollstühle und deren Zubehör zur Ermöglichung der Mobilität - einschließlich der Voraussetzungen der Kostenübernahme durch die Kranken- und Pflegekassen - eingegangen werden.

1. Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die Krankenkassen sind die wohl wichtigsten Leistungsträger von Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich. Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind beispielsweise Hör- und Sehhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische Hilfsmittel, Rollstühle und andere Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Die GKV ist in der Regel nur zur Versorgung mit Hilfsmitteln verpflichtet, die unmittelbar auf die Behinderung selbst gerichtet ist und die beeinträchtigten Körperfunktionen ermöglicht, ersetzt, erleichtert oder ergänzt. Im Sinne des Gesetzes soll ein Hilfsmittel also an die Stelle eines nicht mehr funktionstüchtigen Körperorgans treten. Bezüglich der so genannten mittelbaren Ausgleiche wurde allerdings in einigen Fällen eine Kostenübernahme bejaht, wenn es um die Befriedigung existenzieller Grundbedürfnisse des Betroffenen ging. Zudem kann ein Anspruch auf ein Hilfsmittel mit mittelbarer Wirkung bestehen, beispielsweise indem eine Hilfsperson in die Lage versetzt wird, die beabsichtigten Ziele zu erreichen.

Als Hilfsmittel scheiden von vornherein die Mittel aus, die einen Ausgleich der Folgen im beruflichen, gesellschaftlichen oder privaten Bereich bezwecken oder ein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens sind. Eine berufliche oder soziale Rehabilitation ist Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme.

Hilfsmittel im Sinne der GKV sind solche Mittel, die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens befriedigen. Bei der Beurteilung im Rahmen der Hilfsmittelgewährung kann es jedoch zu Schwierigkeiten kommen, ob und inwieweit durch das jeweilige Hilfsmittel die Behinderung nur ansatzweise oder vollständig ausgeglichen werden muss. Sofern ein Bedürfnis als Grundbedürfnis erkannt wird, ist dieses laut Bundessozialgericht voll auszugleichen. „Solange der Ausgleich der Behinderung nicht vollständig erreicht worden ist im Sinne eines Gleichziehens mit einem gesunden Menschen, kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend.“¹ Da sich die Einschränkung im Leistungsanspruch auf die Bedürfnisse und nicht auf die Qualität ihres Ausgleiches beziehen, ist nicht nur ein „Basisausgleich“ vorzunehmen.

¹ BSG, Urteil vom 16.09.2004, Az.: B 3 KR 20/04 R

Entsprechend der Rechtsprechung werden im Wesentlichen folgende Bereiche zu den allgemeinen Grundbedürfnissen gerechnet:

- Nahrungsaufnahme und allgemeine Körperpflege (allgemeine Verrichtungen des täglichen Lebens)
- Schaffung eines geistigen und körperlichen Freiraumes
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Erreichbarkeit
- Informationsbedürfnis in Form von Sehen, Hören und Lesen.

Die notwendige medizinische Versorgung ist ebenfalls ein elementares Bedürfnis des täglichen Lebens, sodass das Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten bei Behinderung oder Krankheit ein solches Grundbedürfnis des täglichen Lebens ist.

Freizeitbeschäftigungen - welcher Art auch immer - werden vom Begriff des allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens nicht erfasst.

Der Anspruch auf Hilfsmittel ist bei der zuständigen Krankenkasse geltend zu machen. Bei der Beantragung müssen zusammenfassend folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- für das Hilfsmittel muss eine ärztliche Verordnung vorliegen
- die Hilfsmittel müssen in direktem Zusammenhang mit der Behandlung oder Verhütung einer Krankheit stehen
- die Leistungen müssen notwendig und wirtschaftlich sein.

Abgegrenzt werden müssen die Hilfsmittel von Heilmitteln. Bei Letzteren handelt es sich um medizinische Dienstleistungen wie Krankengymnastik, Sprachtherapien oder Massagen. Sie ersetzen hingegen keine ausgefallenen Körperfunktionen.

2. Kosten & Zuzahlungen

Je nach Art des Hilfsmittels und nach Kostenträger werden die Kosten für ein Hilfsmittel ganz, teilweise oder gar nicht übernommen. Bei der Kostenübernahme ist zwischen Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag besteht, und Hilfsmitteln ohne Festbetrag zu unterscheiden.

Bei Hilfsmitteln mit Festbetrag übernehmen die Kassen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrages. Wählt der Versicherte ein Hilfsmittel, das über dem Festbetrag liegt, muss er den Differenzbetrag selbst übernehmen. Der Spitzenverband der Krankenversicherung ist allerdings nicht berechtigt, durch zu niedrige Festbeträge den Versicherten eine Eigenfinanzierung der bedarfsgerechten Versorgung aufzuerlegen.

Sofern kein Festbetrag vorliegt, übernehmen die Kassen die Kosten bis maximal zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises. Andernfalls erstatten sie nur die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.

Bei der Zuzahlung wird zwischen „nicht zum Verbrauch bestimmten“ und „zum Verbrauch bestimmten“ Hilfsmitteln unterschieden. Gibt es für das Hilfsmittel einen Festbetrag, dann richtet sich die Zuzahlung nach diesem.

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können mehrmals von einem Versicherten oder im Wiedereinsatz von verschiedenen Versicherten verwendet werden, wie

beispielsweise Rollstühle oder Beatmungsgeräte. Der Versicherte zahlt 10 % des Abgabepreises zu, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden. Sie sind in der Regel zum Wiedereinsatz nicht geeignet. Dazu zählen beispielsweise Windelhosen, Desinfektionsmittel, Bettschutzeinlagen oder Einmalhandschuhe. Der Versicherte zahlt 10 % des Abgabepreises (je Packung) zu, maximal jedoch 10 Euro monatlich.

Die Krankenkassen sind auch verpflichtet, die Stromkosten, die für die Nutzung eines von ihnen zur Verfügung gestellten Elektrorollstuhls anfallen, zu übernehmen. Der Strom ist zum Betrieb des Rollstuhls zwingend notwendig und zählt deswegen nicht zu den Kosten der allgemeinen Lebenshaltung. Die Kosten werden nach dem tatsächlichen Verbrauch bzw. in Form einer Pauschale erstattet.

Wird ein Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt, kann Widerspruch innerhalb eines Monats eingelegt werden.

Der Anspruch auf ein Hilfsmittel ist gemäß § 34 SGB V ausgeschlossen, sofern

- es sich um allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt (z.B. normaler Autokindersitz, gewöhnlicher PC oder Standardtelefon)
- es sich um ein sächliches Hilfsmittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen handelt (z.B. Knie- und Knöchelkompressionsstücke oder Applikationshilfen für Wärme und Kälte)
- es sich um sächliche Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis in der GKV handelt (z.B. Augenklappen, Badestrümpfe oder Brillenetuis).

3. Hilfsmittel in der Pflegeversicherung

3.1 Anspruch auf Pflegehilfsmittel

Von den „allgemeinen“ Hilfsmitteln sind die Pflegehilfsmittel zu unterscheiden. Nach § 40 SGB XI besteht auf diese ein Versorgungsanspruch gegen die Pflegekasse, wenn die Mittel zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständige Lebensführung im häuslichen Umfeld ermöglichen.

Zu beachten ist allerdings, dass die Leistungen der GKV vorrangig sind, wenngleich das Mittel die Pflege erleichtert. Nur wenn das Hilfsmittel allein der Pflegeerleichterung bei bestehender Pflegebedürftigkeit (Einstufung in eine Pflegestufe) dient und eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht vorliegt, besteht eine Leistungspflicht der Pflegekasse.

Im Sozialgesetzbuch XI ist ebenso wie im Sozialgesetzbuch V ein Hilfsmittelverzeichnis vorgesehen. Dieses wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen regelmäßig aktualisiert. Inwieweit ein Hilfsmittel notwendig ist, prüft die Pflegekasse unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes.

Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung ist, dass das Hilfsmittel

- im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht
- die häusliche Pflege erheblich erleichtert
- eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und seiner Pflegeperson verhindert
- eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wieder herstellt.

Pflegebedürftige (über 18 Jahre) müssen pro Hilfsmittel eine Eigenleistung von 10 %, jedoch höchstens 25 % zuzahlen. Eine Befreiung bei Überschreiten der Belastungsgrenze ist möglich.

Unter den genannten Voraussetzungen für die Kostenübernahme kann die Pflegekasse auch einen Zuschuss gewähren, wenn Umbauten in der Wohnung des Pflegebedürftigen notwendig sind. Beispielhafte Änderungen sind Verbreiterung der Tür, Umbau der Badewanne oder Rampen für Rollstuhlfahrer. Die Zuschüsse für diese baulichen Veränderungen können bis maximal 2.557 Euro gezahlt werden. Sie richten sich nach den Kosten der baulichen Veränderungen und dem Einkommen des Pflegebedürftigen. Von ihm wird ein Eigenanteil in Höhe von 10 % der Kosten verlangt, höchstens jedoch 50 % seiner monatlichen Bruttoeinnahmen. Dazu gehören alle persönlichen Einnahmen, die dem Lebensunterhalt dienen. Sofern der Pflegebedürftige über keine eigenen Einnahmen verfügt, entfällt für ihn die Zuzahlung. Zu beachten ist, dass mit den Wohnungsumbaumaßnahmen erst begonnen werden sollte, nachdem die Kostenübernahme bewilligt wurde und - sofern notwendig - der Vermieter zugestimmt hat.

3.2 Besonderheiten in der vollstationären Pflege

Bei der vollstationären Pflege hat der Heimträger alle die Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die für die Durchführung der üblichen Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sind. Dies gilt auch für Maßnahmen mit vorbeugendem Charakter. Sie fallen in den Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung. Besteht demnach der Verwendungszweck eines Gegenstandes überwiegend im Ermöglichen oder in der Erleichterung der Pflege, so begründet allein die Tatsache, dass er auch gleichzeitig dem Behinderungsausgleich dient, nicht die Leistungspflicht der Krankenkasse.

Der Anspruch gegen die Krankenkasse auf ein bestimmtes Hilfsmittel ist jedoch nicht bereits deshalb ausgeschlossen, weil das Hilfsmittel bei ständigem Aufenthalt im Pflegeheim begehrt wird. Voraussetzung ist aber, dass das begehrte Hilfsmittel überwiegend der Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung oder dem Behinderungsausgleich dient. Wird beispielsweise ein Hilfsmittel im Rahmen eines ärztlichen Behandlungskonzeptes zur Behandlung oder Nachsorge eingesetzt, ist der Aspekt der Behandlungspflege vordergründig und begründet daher die Leistungspflicht der Krankenkasse. Für die Hilfsmittel im Bereich der Behandlungspflege bleibt somit die GKV zuständig.

Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei der stationären Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft noch möglich ist.

4. Gebot der Wirtschaftlichkeit

Der Anspruch auf das jeweilige Hilfsmittel muss dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. Es muss im Einzelfall geeignet, erforderlich und angemessen sein.

Vor der Bewilligung eines Hilfsmittels können die Kranken- und Pflegekassen nach § 275 Abs. 3 SGB V den Medizinischen Dienst mit der Beratung des Versicherten und der Prüfung der Erforderlichkeit des Hilfsmittels im Einzelfall beauftragen.

Bei der Wahl zwischen mehreren geeigneten Hilfsmitteln sind die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen, wenn keine Rechtsvorschriften entgegenstehen. Den Wünschen des Berechtigten oder Verpflichteten soll entsprochen werden, sofern sie angemessen sind.

In einem Hilfsmittelverzeichnis sind alle funktionstauglichen und therapeutisch anerkannten Hilfsmittel aufgelistet, die auch den Anforderungen der Wirtschaftlichkeit entsprechen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist in 34 Produktgruppen für die Krankenversicherung und 6 Produktgruppen für die Pflegeversicherung unterteilt. Die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen sind zusammen mit dem Medizinischen Dienst für deren Erstellung und Erweiterung zuständig.

Gegenstände, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis geführt werden, dürfen von den Krankenkassen nur nach gesonderter Prüfung im Einzelfall genehmigt werden.

5. Instandsetzung & Ersatzbeschaffung

Der Versorgungsanspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Der Anspruch erstreckt sich auch auf die notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Die Reparaturkosten werden bis zur Höhe des Festbetrages bzw. bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises des Hilfsmittelerbringers übernommen, es sei denn die Beschädigung erfolgte vorsätzlich oder grob fahrlässig.

Inwieweit eine Maßnahme erforderlich ist und welchen Umfang diese hat, wird am Stand der Technik gemessen. Auf diese Weise soll von den Krankenkassen eine auf das Maß des Notwendigen beschränkte sachgerechte Umsetzung gewährleistet werden.

Der Versicherte kann zudem grundsätzlich gegen entsprechende Aufzahlung über das Maß des Notwendigen hinausgehende Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen wählen.

Der GKV steht das Recht zu, Hilfsmittel selbst anzuschaffen und auszuleihen, wie beispielsweise Rollstühle oder Gehstützen. Insbesondere technische Hilfen wie Rollstühle, Hebegeräte oder Badehilfen werden vorrangig leihweise überlassen.

Zudem hat sie die Möglichkeit, die Bewilligung von Hilfsmitteln von bestimmten Bedingungen abhängig zu machen. So obliegt es der Krankenkasse, ein Hilfsmittel nur dann zu gewähren, wenn der Versicherte vor dessen Gebrauch eine Schulung besucht.

Außerdem kann die Krankenkasse entscheiden, ob anstelle der Beschaffung eines Hilfsmittels eine Änderung oder Instandsetzung von bisher genutzten Hilfsmitteln nicht wirtschaftlicher ist.

Die Kriterien der Eignung, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Erforderlichkeit sind nicht nur für die erstmalige Ausstattung mit einem bestimmten Hilfsmittel maßgeblich, sondern gelten auch für Anpassungen, Umrüstungen und sonstige Änderungen. Sie sind wie bei der erstmaligen Bewilligung eines Hilfsmittels zu prüfen, es sei denn die Krankenkasse hat in einer Art Grundbescheid festgestellt, dass ein Versicherter ein bestimmtes Hilfsmittel auf Dauer beanspruchen kann.

II. Ausgewählte Hilfsmittel aus der Rechtsprechung im Bereich Mobilität - Rollstühle und Zubehör

Insbesondere im Bereich der Mobilität ist die Definition von Grundbedürfnissen in der Rechtsprechung eng ausgelegt. Die Funktionseinschränkung wird als Maßstab für die Hilfsmittelgewährung genommen. Das Ziel eines selbständigen Lebens mithilfe bedarfsgerechter Hilfsmittel kann jedoch nicht oder nur schwer erreicht werden, wenn nur die Funktionseinschränkung, nicht aber die Teilhabe berücksichtigt wird. Individuelle Leistungsansprüche müssen gleichberechtigt neben Instrumenten des Leistungserbringerrechts wie Festbeträgen oder dem Hilfsmittelverzeichnis berücksichtigt werden.

1. Elektrorollstuhl²

Zwar gilt die Bewegungsfreiheit als allgemeines Grundbedürfnis, allerdings nur für die Entfernung, die ein gesunder Mensch üblicherweise noch zu Fuß zurücklegt. Zudem besteht der Anspruch auf entsprechende Hilfsmittel, um sich in der eigenen Wohnung bewegen und diese verlassen zu können, um bei einem kurzen Spaziergang an die frische Luft zu kommen oder die Alltagsgeschäfte im Nahbereich zu erledigen (beispielsweise Supermarkt, Arzt, Apotheke, Post, Bank). Bei dem Bedürfnis, eine größere Entfernung zurück zu legen, sind zusätzliche qualitative Voraussetzungen erforderlich.

Der funktionelle Gebrauchsvorteil des Elektrorollstuhls liegt darin, dass der Betroffene beim Befahren des Nahbereiches nicht mehr von der Begleitung Dritter abhängig ist, die ansonsten Schiebehilfe leisten müssen, sobald er überanstrengt ist. Die selbständige Lebensführung und die zeitliche Dispositionsfreiheit sind somit in weit größerem Maße gesichert. Voraussetzung ist mithin, dass der Betroffene nicht (mehr) in der Lage ist, den Nahbereich der Wohnung mit dem vorhandenen handbetriebenen Rollstuhl ohne übermäßige Anstrengung, schmerzfrei sowie aus eigener Kraft in normalem Rollstuhltempo erschließen zu können. Inwieweit das Hilfsmittel leihweise überlassen wird, ist Ermessensentscheidung der Krankenkasse.

² BSG-Urteil vom 23.07.2002, Az.: B 3 KR 3/02 R; BSG-Urteil vom 11.01.2006, Az.: B 3 KR 44/05 B; BSG-Urteil vom 12.08.2009, Az.: B 3 KR 8/08 R

2. Therapie-Tandems/Rollstuhl-Fahrrad-Kombinationen³

Rollstuhl-Fahrrad-Kombinationen dienen nach Ansicht des Bundessozialgerichts (BSG) weder der Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung noch dem Behinderungsausgleich. Unter Rollstuhl-Fahrrad-Kombinationen werden das Rollstuhlbike (behindertengerechtes Dreirad), das Rollfiets, das Handbike sowie das Speedy-Tandem (Kombination aus einem motorgestützten Rollstuhl und einem Fahrrad) verstanden. Das hier in Betracht kommende Grundbedürfnis des „Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums“ wird nicht im Sinne eines vollständigen Gleichziehens mit den Möglichkeiten eines Gesunden verstanden. Zwar wird die Bewegungsfreiheit als allgemeines Grundbedürfnis bejaht, allerdings nur für diejenige Entfernung, die ein gesunder Mensch üblicherweise noch zu Fuß zurücklegt. Das Recht auf Mobilität im Nahbereich bezieht sich auf einen Spaziergang oder die Erledigung von Alltagsgeschäften. Dem Grundbedürfnis auf Fortbewegung ist schon dann Genüge getan, wenn ein Selbstfahrerrollstuhl im Nahbereich bewegt werden kann. Ein Erwachsener hat daher keinen Anspruch auf ein solches Hilfsmittel, sofern es in erster Linie der Durchführung gemeinsamer Ausflüge im Familienverbund, wie beispielsweise Fahrradausflüge, dient. Dasselbe gilt für Freizeitbeschäftigungen wie Wanderungen oder sonstige Ausflüge. Freizeitbeschäftigungen - welcher Art auch immer - werden laut Rechtsprechung vom Begriff des vitalen Lebensbedürfnisses bzw. des allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens nicht erfasst. Aufenthalte und Familienausflüge im Nahbereich oder darüber hinaus können auf andere Art - wie beispielsweise mit dem vorhandenen Rollstuhl oder durch Autoausfahrten - sichergestellt werden.

Auch für ein Therapie-Tandem hat das BSG entschieden, dass dieses in der Regel nicht erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, weil eine regelmäßige Krankengymnastik nicht nur ausreicht, sondern sogar gezielter und vielseitiger auf die körperliche und seelische Verfassung eines behinderten Menschen einwirken kann.

Aufgabe der Krankenkassen ist allein die medizinische Rehabilitation, nicht hingegen eine darüber hinausgehende soziale oder berufliche Rehabilitation.

Eine Ausnahme gilt bei vergleichbaren Hilfsmitteln wie dem Handbike bzw. Rollstuhlbike für Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer besonderen sozialen Entwicklungsbedürfnisse. Das Hilfsmittel wird dann aber nicht wegen der rein quantitativen Erweiterung des Bewegungsradius über den Nahbereich hinaus zugesprochen. Vielmehr soll dadurch die Integration des behinderten Jugendlichen in seiner Entwicklung im Kreis gleichaltriger Jugendlicher gefördert werden.

Auch bei Schulkindern ist nicht die Fortbewegung über den Nahbereich hinaus der maßgebliche Gesichtspunkt, sondern die Ermöglichung des Schulbesuches an sich. Zumindest bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres lassen sich die Lebensbereiche nicht wie bei Erwachsenen in Beruf, Gesellschaft und Freizeit trennen. Es ist daher ausreichend, wenn das begehrte Hilfsmittel die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wesentlich fördert.

³ BSG-Urteil vom 23.07.2002, Az.: B 3 KR 3/02 R; BSG-Beschluss vom 08.11.2006, Az.: B 3 KR 17/06 B; BSG-Beschluss vom 29.01.2009, Az.: B 3 KR 39/08 B; BSG-Beschluss vom 22.04.2009, Az.: B 3 KR 54/08 B; BSG-Urteil vom 12.08.2009, Az.: B 3 KR 11/08 R

3. Toilettenrollstuhl⁴

Ein Toilettenrollstuhl, der es einem Gehbehinderten ermöglicht, ohne Inanspruchnahme von Pflegepersonal die Toilette aufzusuchen, fällt auch bei stationärer Pflege in die Leistungspflicht der Krankenversicherung. Ein Bewohner eines Pflegeheims hat somit aufgrund der größeren Selbstbestimmung einen Anspruch auf einen Toilettenrollstuhl.

4. Kraftknoten⁵

Das Kraftknotensystem ist ein Zubehörteil des Rollstuhls und dient der sicheren Beförderung von Rollstuhlfahrern in Behindertentransportkraftwagen. Versicherte können einen Anspruch auf Versorgung mit einem Kraftknoten geltend machen, sofern dieser zur Sicherung der Schulfähigkeit erforderlich ist. Zwar ist das Grundbedürfnis der Mobilität in der Regel mit der Möglichkeit zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung erfüllt, sodass die Versorgung mit einem Rollstuhl ausreichend ist. Das Recht auf Teilhabe bezieht sich auf den Bewegungsradius, den ein Gesunder üblicherweise zu Fuß erreicht. Ein Anspruch auf Erweiterung des Radius der selbständigen Fortbewegung in Kombination von Auto und Rollstuhl besteht hingegen grundsätzlich nicht. Auch Besonderheiten des Wohnortes und der Umgebung wie die Entfernung zu Einkaufsmöglichkeiten sowie zu sozialen oder kulturellen Einrichtungen bzw. die Beschaffenheit des Umlandes sind in der Regel nicht maßgeblich.

Kann der Betroffene zum Schulbesuch jedoch nur sitzend im Rollstuhl transportiert werden, dann hat die Krankenkasse auch die notwendige und nach dem Stand der Technik erforderliche Sicherung des Transports durch geeignete Maßnahmen - wie dem Anbringen eines Kraftknotens - zu gewährleisten. Der Schulbesuch gilt als Grundbedürfnis, sofern es um die Vermittlung von grundlegendem schulischem Allgemeinwissen im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und der Sonderschulpflicht geht.

5. schwenkbarer Autositz als Einsteigeilfe⁶

Ein schwenkbarer Autositz kann ein Hilfsmittel sein, weil er die behinderungsbedingte Beeinträchtigung eines Versicherten ausgleichen kann. Ein Anspruch auf Einsteigeilfen, um mit einem Rollstuhl einen Pkw zu benutzen, kann aber nur geltend gemacht werden, wenn der Versicherte dieses Hilfsmittel zur Befriedigung seines körperlichen Freiraumes trotz des Vorhandenseins anderer Hilfsmittel auch tatsächlich benötigt. Das BSG hat festgelegt, dass Grundbedürfnisse wie das Bedürfnis, bei Krankheit oder Behinderung Ärzte und Therapeuten aufsuchen zu können, in der Regel durch die Erschließung des Nahbereiches erfüllt werden. Nahbereich ist der Bereich, der von einem Gesunden zu Fuß zurückgelegt werden kann. Bei gehbehinderten Menschen wird dieser regelmäßig durch einen handbetriebenen Rollstuhl oder einen Elektro-Rollstuhl erschlossen. Daher wird der schwenkbare Autositz erst als erforderlich betrachtet, sofern die Fortbewegung ausschließlich dem Besuch von

⁴ BSG-Urteil vom 28.05.2003, Az.: B 3 KR 30/02 R

⁵ BSG-Urteile vom 20.11.2008, Az.: B 3 KN 4/07 KR R; B 3 KR 6/08 R; B 3 KR 16/08 R

⁶ BSG-Urteil vom 16.09.2004, Az.: B 3 KR 19/03 R

Ärzten und Therapeuten dient. Wachkomapatienten können beispielsweise aufgrund ihrer multiplen Behinderungen einen eigenen körperlichen Freiraum überhaupt nicht wahrnehmen. Der Weg zu Ärzten und Therapeuten wird erst durch dieses Hilfsmittel ermöglicht.

Ein Anspruch ist hingegen ausgeschlossen, wenn sich der Versicherte mit den zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln in der Wohnung und im Außenbereich selbständig fortbewegen kann. Die Besonderheiten eines Wohnortes oder die Auswahlfreiheit bei der Arzt- und Therapeutenwahl begründen keinen Anspruch auf einen behinderungsgerechten Umbau eines Pkw als Hilfsmittel.

6. Treppensteigehilfen⁷

Ein Treppensteiggerät ist ein Hilfsmittel, da es einem Versicherten ermöglicht, Treppen zu überwinden und damit die Unfähigkeit zu gehen ausgleicht. Allerdings liegt keine Erforderlichkeit vor, wenn das Grundbedürfnis der Fortbewegung kostengünstiger gewährleistet werden kann. Dies ist beispielsweise bei einem Fahrdienst der Fall, der den Versicherten zum Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten sowie den Rollstuhl die Treppen herauf und herunter trägt. Anders ist dies zu beurteilen, wenn eine Treppensteigehilfe einen behinderten Menschen erst dazu befähigt, ohne Hilfe von Außenstehenden die Wohnung zu verlassen und zu ihr zurückzukehren.

Technische Hilfen wie beispielsweise ein Treppenlift, die fest mit einem Gebäude verbunden sind oder sonst der Anpassung des individuellen Wohnumfeldes an die Bedürfnisse des Behinderten dienen, sind keine Hilfsmittel der GKV. Die Installation eines Treppenlifts ist jedoch eine geförderte Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, sodass bei der Pflegekasse ein Zuschuss bis maximal 2.557 Euro beantragt werden kann. Voraussetzung dafür, dass die Pflegekassen einen Teil der Kosten erstatten ist, dass eine anerkannte Pflegebedürftigkeit des Betroffenen vorliegt. Darüber hinaus muss festgestellt werden, dass sich durch den Einbau des Treppenlifts die Pflege erleichtert oder dass es dem Pflegebedürftigen dadurch möglich wird, wieder ein selbständiges Leben zu führen.

7. Deckenlifter⁸

Im Hilfsmittelkatalog der GKV werden in der Produktgruppe „Mobilitätshilfen – häuslicher Bereich“ mit den Untergruppen „Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung“ und „Deckenlifter, freistehend mit Bodenständern“ sowohl mobile als auch wandmontierte Lifter zur Fremdbedienung aufgeführt. Daraus folgt, dass ein Deckenlifter auch bei Wand- und Deckenbefestigung nicht zwangsläufig eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sein muss. In den Fällen der Wohnraumanpassung können Pflegekassen Zuschüsse gewähren, sofern durch die technischen Hilfen eine Ermöglichung oder Erleichterung der häuslichen Pflege oder einer weitestgehend selbständigen Lebensführung vorliegt.

⁷ BSG-Urteil vom 06.08.1998, Az.: B 3 KR 14/97 R

⁸ BSG-Urteil vom 12.08.2009, Az.: B 3 P 4/08 R; BSG-Urteil vom 12.06.2008, Az.: B 3 P 6/07 R

Zu klären ist daher, ob es sich um ein Hilfsmittel entweder der Kranken- oder Pflegeversicherung handelt. Eine Deckenliftanlage kann dem Behinderungsausgleich dienen, indem es ermöglicht, in der Wohnung das Zimmer zu wechseln und nicht an das Bett gebunden zu sein. Die Zuständigkeit der Pflegekasse zur Hilfsmittelversorgung besteht nur dann, wenn das Element des Behinderungsausgleichs weitestgehend in den Hintergrund tritt und die Pflege ganz überwiegend im Vordergrund steht. Zu den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gehören solche, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind oder sonstige Ein- und Umbauten, die in Anbetracht der konkreten Wohnsituation eines Pflegebedürftigen erforderlich sind. Ist die Deckenliftanlage hingegen von der konkreten Wohnsituation unabhängig und kann trotz ihrer Befestigung bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden, dient sie somit sowohl dem Behinderungsausgleich als auch der Pflegeerleichterung. Dann ist ein derartiges Hilfsmittel von der gesetzlichen Krankenkasse zu gewähren, weil die Pflegeversicherung nur nachrangig zuständig ist.