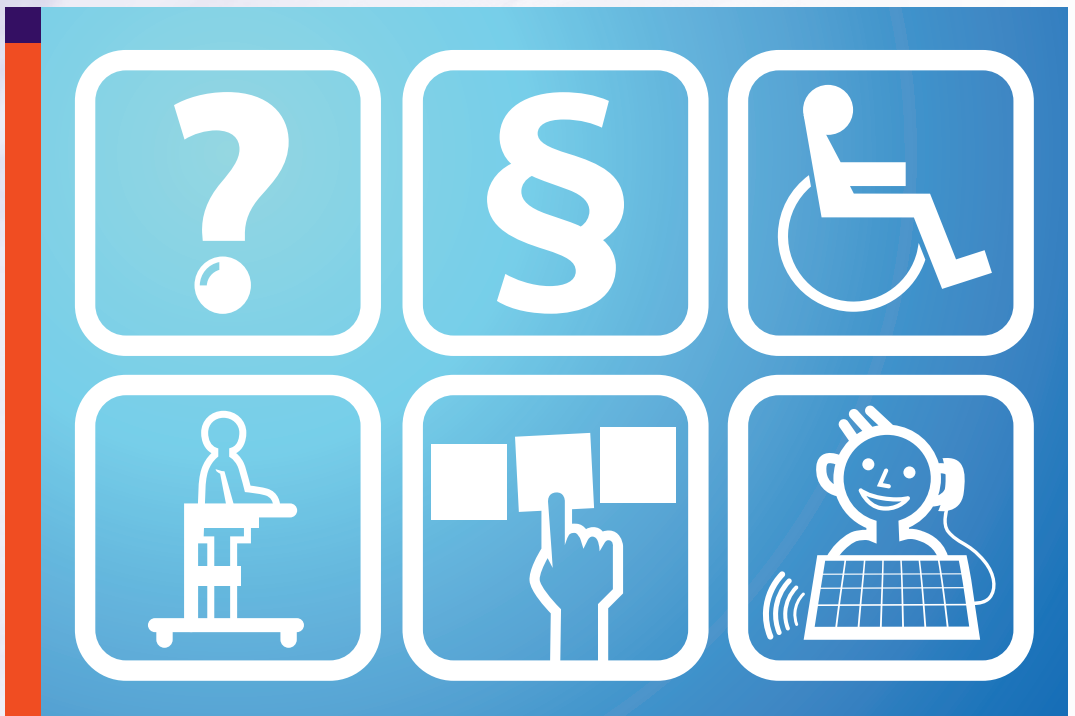




Landesverband für
Menschen mit Körper-
und Mehrfachbehinderung
Baden-Württemberg e.V.

Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen



**Wie finde ich das richtige Hilfsmittel?
Wer zahlt das Hilfsmittel?**

Ein Wegweiser



Impressum

Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen

Wie finde ich das richtige Hilfsmittel? Wer zahlt das Hilfsmittel? – Ein Wegweiser

Beilage zur Dokumentation der Tagung am 19. September 2012 in Stuttgart

Stuttgart, Juni 2014 – 1. Auflage (Rechtsstand: 1. Januar 2014)

Herausgeber

Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg e.V.

Am Mühlkanal 25 * · 70190 Stuttgart *

Telefon 0711 / 505 3989 – 0

Telefax 0711 / 505 3989 – 99

E-Mail info@lv-koerperbehinderte-bw.de

Internet www.lv-koerperbehinderte-bw.de

Facebook www.facebook.com/lvkmbw

Redaktion

Jutta Pagel-Steidl

Satz und Gestaltung

Kreativ plus GmbH Stuttgart, www.kreativplus.com

Hinweis

Der Inhalt dieses Wegweisers wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Drucklegung rechtliche Änderungen eingetreten sein. Es wird deshalb keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernommen. Insbesondere wird die Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen ausgeschlossen.

Unterstützt durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg.



Wir danken ferner der AKTION MENSCH für die freundliche Unterstützung der Tagung und der Herausgabe der Tagungsdokumentation und des Wegweisers.

Bankverbindung

IBAN: DE33 6005 0101 001 1512 40 · BIC: SOLADEST600

Der Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der sich ausschließlich über Mitgliedsbeiträge, Spenden und öffentliche Zuschüsse finanziert. Wir würden uns freuen, wenn Sie unsere Arbeit durch eine Spende unterstützen. Spenden sind steuerlich abzugsfähig.

* voraussichtlich ab Oktober 2014; unsere derzeitige Postadresse lautet:
Schwabstraße 55 · 70197 Stuttgart

„Ohne Lautsprache reden ...“ –

Wie Kommunikationshilfsmittel den Alltag erleichtern

Kommunikation ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis. Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf Hilfen bei der Kommunikation. Dieses Recht ist auch in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verankert.

Rund 16.000 Worte sprechen Frauen und Männer täglich. Wir fragen nach der Uhrzeit, feuern im Stadion unsere Mannschaft an, bestellen die Pizza unserer Wahl, sagen, wenn wir Schmerzen haben oder was uns Freude macht ... Die Lautsprache ist in unserem Alltag wohl eine der wichtigsten Formen, um mit anderen Menschen zu reden. Wenn jemand aufgrund einer Krankheit oder Behinderung nicht oder nicht verständlich sprechen kann, ist dies eine zusätzliche Barriere im Alltag.

Inzwischen gibt es unterschiedliche Hilfen, um die fehlende Lautsprache auszugleichen. Es gibt Gebärden, grafische Symbole (z.B. BLISS-Tafel, ICH-Buch) oder auch spezielle technische Hilfsmittel zur Unterstützten Kommunikation (z.B. „Talker“). Hilfsmittel zur Unterstützten Kommunikation (UK) sind Hilfsmittel nach § 33 SGB V – ebenso wie beispielsweise ein Rollstuhl, Prothesen, Seh- oder Hörhilfen.

Wer ein spezielles Hilfsmittel braucht, sorgt sich, wer das Hilfsmittel zahlt. In der Regel zahlt die gesetzliche Krankenkasse das Hilfsmittel, auch die Hilfsmittel zur (Unterstützten) Kommunikation. Bei unserer Tagung „Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen“ am 19. September 2012 befasste sich eine Arbeitsgruppe intensiv mit der Kommunikation im Alltag und wie die notwendigen Hilfsmittel finanziert werden. Auf den folgenden Seiten erfahren Sie,

- wie Sie das richtige Hilfsmittel finden,
- unter welchen Voraussetzungen die gesetzliche Krankenkasse die Kosten dafür übernimmt und
- was zu tun ist, falls die Krankenkasse die Übernahme der Kosten ablehnt.

Hinweis

Wenn Sie bei einer privaten Krankenkasse versichert sind, so ist die Versorgung mit Hilfsmitteln abhängig von dem individuell abgeschlossenen Vertrag und dem im Einzelfall vereinbarten tariflichen Umfang der Leistungen.

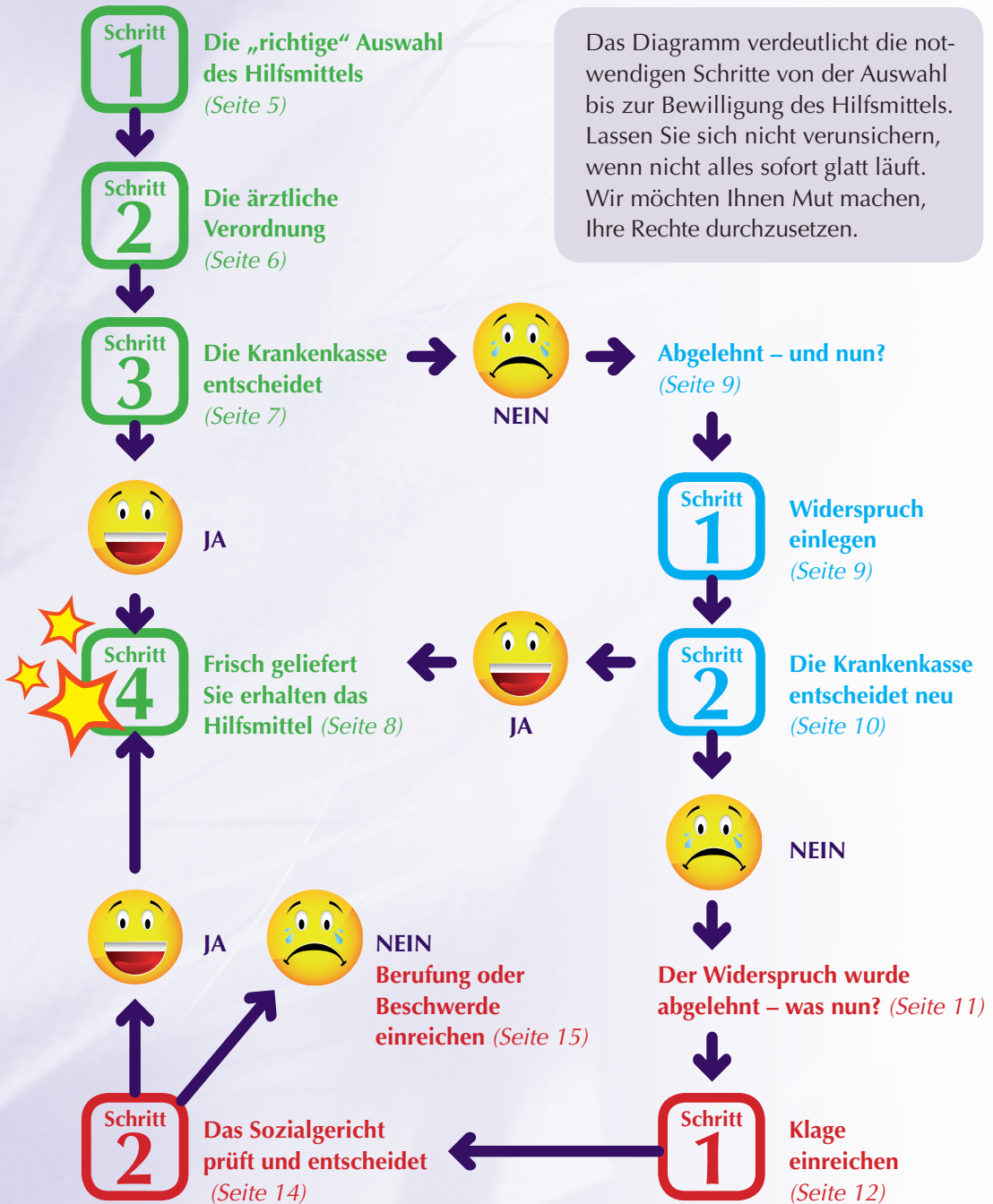
Bitte beachten Sie

Der Wegweiser kann Ihnen einen Überblick über den Ablauf von der Auswahl bis zur Bewilligung des Hilfsmittels – am Beispiel Kommunikationshilfsmittel – geben. Der Ablauf ist auf andere Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Stehbrett) übertragbar. Er kann eine individuelle Beratung nicht ersetzen.

Sie haben weitere Fragen? Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns!

Erfolgreiche Hilfsmittelbeschaffung

Der Ablauf von der Auswahl bis zur Bewilligung des Hilfsmittels



Schritt 1

Die „richtige“ Auswahl des Hilfsmittel

Grundsatz → Je spezieller das Hilfsmittel, desto wichtiger sind umfassende Informationen vor der Antragstellung.

Sammeln Sie Informationen.

Einige Beispiele:

- Tauschen Sie Erfahrungen aus mit anderen Menschen mit Behinderungen und ihren Familien, in der Selbsthilfegruppe vor Ort (z. B. Verein für Körper- und Mehrfachbehinderte) oder einer Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation (BUK) oder unserem Landesverband.
- „Zapfen“ Sie das Fachwissen und die Erfahrung von behandelnden Ärzten, Therapeuten und speziell für UK-ausgebildeten Pädagogen bzw. Therapeuten an.
- Besuchen Sie eine Reha-Messe.
- Informieren Sie sich im Internet über mögliche Hilfsmittel. Fragen Sie direkt bei den Herstellern.
- Lassen Sie sich in einem kompetenten Sanitätshaus in Ihrer Nähe ausführlich beraten.

Jedes Hilfsmittel hat Vor- und Nachteile.

Einfache Kommunikationshilfsmittel wie z. B. Kommunikationstafeln sind leicht, brauchen keinen Strom und sind daher überall einsetzbar. Nachteilig ist, dass Sie die volle Aufmerksamkeit Ihres Gesprächspartners brauchen und dieser auch die Grafiken richtig interpretieren muss.

Elektronische Kommunikationshilfsmittel z. B. mit Sprachausgabe ermöglicht es Ihnen, zu telefonieren, zu skypen und im Notfall Hilfe zu rufen. Nachteilig ist, dass sie nicht überall einsetzbar und störungsanfälliger als Bildtafeln sind.

Nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen, um das für Sie in Ihrer Lebenssituation am besten geeignete Hilfsmittel auszuwählen. Überstürzen Sie nichts!

Die wichtigsten Leitfragen sind: „wann, wo und für welchen Zweck will ich das Hilfsmittel im Alltag einsetzen?“



Bitte beachten Sie

Sie sind „Experte in eigener Sache“ und wissen, was Ihnen wichtig ist. SIE müssen im Alltag mit dem Hilfsmittel klar kommen – und nicht Ihre Familienangehörigen, Ihre Freunde, Ihr Arzt oder Ihr Therapeut oder andere für Sie wichtige Bezugspersonen.

*„Der Wurm muss dem Fisch schmecken. Nicht dem Angler.“
(Verfasser unbekannt)*



Gut zu wissen

Der Anspruch auf Hilfsmittel umfasst auch notwendige Änderungen, Instandsetzungen, Ersatzbeschaffung, Ausbildung im Gebrauch oder notwendige Wartung und technische Kontrollen.



Unser Tipp

- Wenn möglich, probieren Sie das Hilfsmittel einige Tage lang aus.

Schritt 2

Die ärztliche Verordnung („Rezept“)

Sie haben sich – nach ausführlicher Beratung und einer Ausprobierphase – für ein für Sie in Ihrer Lebenssituation geeignetes („richtiges“) Hilfsmittel entschieden.

Ihr behandelnder Arzt verordnet das für Sie geeignete Hilfsmittel. Der Arzt sollte dabei das ausgewählte Hilfsmittel mit allen Zubehörteilen konkret benennen (möglichst Hersteller, Modell, ggf. Ziffer laut Hilfsmittelverzeichnis).

Der Arzt sollte seine Verordnung ausführlich begründen.

Der Arzt sollte dabei auf Ihre Grunderkrankungen eingehen und die medizinische Notwendigkeit des Hilfsmittels beschreiben. Die Begründung muss vor allem diese drei Kernfragen überzeugend beantworten:

- Ist das ausgewählte Hilfsmittel im konkreten Einzelfall geeignet, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen?
- Ist das ausgewählte Hilfsmittel im konkreten Einzelfall notwendig und wirtschaftlich, um diese Ziele zu erreichen?
- Könnte das angestrebte Ziel durch andere (kostengünstigere) Maßnahmen erreicht werden?



Gut zu wissen

Hilfsmittel nach § 33 SGB V sind sog. Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Hilfsmittel werden nicht auf das Budget der Ärzte angerechnet. Es sind auch keine Richtgrößen für Hilfsmittel festgelegt.



Unser Tipp

Je spezieller das beantragte Hilfsmittel ist, umso dringender empfehlen wir Ihnen, die eigentliche ärztliche Verordnung („Rezept“) noch durch eine Stellungnahme eines Therapeuten, einer anerkannten Beratungsstelle und / oder einer Rehabilitationseinrichtung zu ergänzen. Insbesondere Hilfsmittel zur Unterstützten Kommunikation sind Vielen nahezu unbekannt. Deshalb kommt es auf Sie und die Fachleute in Ihrem Umfeld an. Sie kennen sich damit am besten aus.

Unsere Erfahrung zeigt: je gründlicher ein Antrag auf ein Hilfsmittel vorbereitet und gut begründet ist, desto eher werden Nachfragen oder das Anfordern weiterer Unterlagen vermieden. So kann die Krankenkasse schneller entscheiden.

Sie reichen die ärztliche Verordnung („Rezept“) zusammen mit dem Kostenvoranschlag für das Hilfsmittel (einschl. allen Zubehörteilen sowie ggf. der notwendigen Einführung / Schulung im Umgang mit dem Hilfsmittel) sowie ggf. weiterer Stellungnahmen bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse zur Genehmigung ein.

! Unser Tipp

● Machen Sie sich sowohl von der ärztlichen Verordnung („Rezept“) als auch vom Kostenvoranschlag eine Kopie. Das hilft gleich doppelt: Wenn das Hilfsmittel ausgeliefert wird, sehen Sie auf einen Blick, ob das ausgelieferte Hilfsmittel exakt mit Ihrer Bestellung übereinstimmt.

Und falls die Krankenkasse das Hilfsmittel nicht bewilligt, können Sie bei Ihrem Widerspruch auf die Begründung Ihres Antrags („Bestellung“) eingehen.

Schritt 3 Die Krankenkasse entscheidet

Die Krankenkasse entscheidet auf der Grundlage der eingereichten Unterlagen. Um die Unterlagen zu prüfen, kann die Krankenkasse sich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beraten lassen.

Die Krankenkasse prüft

- den therapeutischen und qualitativen Nutzen des beantragten Hilfsmittels.
„Gibt es eine Alternative zum beantragten Hilfsmittel, mit dem der gleiche oder ein besserer Erfolg („therapeutischer Nutzen“) erreicht werden kann?“
- die Wirtschaftlichkeit des beantragten Hilfsmittels.
„Gibt es eine kostengünstigere Alternative? Kann das bisherige Hilfsmittel noch eingesetzt werden? Muss es ein neues Hilfsmittel sein oder gibt es ein geeignetes gebrauchtes Hilfsmittel im Lager („Hilfsmittelpool“) der Krankenkasse?“

Fristen → Die Krankenkasse muss über einen Antrag auf Leistungen „zügig“ entscheiden. So steht es durch das Patientenrechtegesetz nun in § 13 Absatz 3 a SGB V.

Dies bedeutet

Die Krankenkasse muss innerhalb von drei Wochen nach dem Eingang des Antrags entscheiden. Ist für die Entscheidung ein Gutachten des MDK erforderlich, muss sie innerhalb von fünf Wochen entscheiden. Der MDK muss innerhalb von drei Wochen nach der Beauftragung das Gutachten erstellen. Die Krankenkasse muss Sie informieren, wenn sie den MDK mit einem Gutachten beauftragt hat.

Die Krankenkasse muss Sie schriftlich über den Grund informieren, wenn sie nicht innerhalb der Fristen Ihren Antrag auf Leistungen (z. B. Hilfsmittel) entscheidet. Versäumt dies die Krankenkasse, so gilt Ihr Antrag als genehmigt. Zuvor müssen Sie als Versicherter aber der Krankenkasse eine angemessene Frist (etwa drei bis vier Wochen) für die Entscheidung setzen. Sie sollten dabei darauf hinweisen, dass Sie nach Ablauf der Frist die Leistungen selbst beschaffen. Die Krankenkasse muss in diesem Fall Ihnen die notwendigen Kosten dann erstatten.

! Unser Tipp

- Wenn die Krankenkasse sich nicht innerhalb von etwa drei bis vier Wochen bei Ihnen gemeldet hat oder über Ihren Antrag schriftlich entschieden hat, fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach. Schreiben Sie an die Krankenkasse und setzen Sie ggf. eine angemessene Frist für die Entscheidung. Weisen Sie darauf hin, dass Sie nach Ablauf der Frist die Leistungen selbst beschaffen werden.

Verzögert sich die Entscheidung über Ihren Antrag auf Leistungen, z.B. weil ein weiteres Gutachten benötigt wird, warten Sie dennoch nicht bis zum „Sankt-Nimmerleins-Tag“. Fordern Sie freundlich und selbstbewusst eine rasche Entscheidung über Ihren Antrag ein und setzen Sie dafür eine angemessene Frist. Damit Sie später beweisen können, dass Sie die Krankenkasse aufgefordert haben zu entscheiden, schreiben Sie einen Brief.

Sollte – wider Erwarten – die Krankenkasse nicht auf Ihre Aufforderung reagieren, sollten Sie überlegen, ob Sie beim Sozialgericht eine sog. „einstweilige Anordnung“ beantragen oder sogar eine Untätigkeitsklage einreichen.

Die Krankenkasse genehmigt schriftlich Ihren Antrag auf das Hilfsmittel („Bescheid“).



Gut zu wissen

Sie haben einen Anspruch auf eine schriftliche Entscheidung!
Eine mündliche Zusage (oder Ablehnung) reicht nicht aus. Bitten Sie ggf. um eine schriftliche Entscheidung.



„Frisch geliefert“ – Sie erhalten das Hilfsmittel

Endlich ist es soweit: Sie erhalten das beantragte Hilfsmittel geliefert.

! Unser Tipp

- Vergleichen Sie, ob das ausgelieferte Hilfsmittel mit Ihrem Antrag („Bestellung“) exakt übereinstimmt.
- Lassen Sie sich genau im Umgang mit dem Hilfsmittel im Alltag schulen. Fragen Sie nach, bis Sie alles verstanden haben! Vereinbaren Sie einen Termin für diese Schulung und nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen. Und wenn ein Termin nicht ausreicht, vereinbaren Sie weitere.
Nach unserer Erfahrung ist es hilfreich, wenn bei dieser Einweisung sowohl erfahrene Personen (z.B. Ihr Ergotherapeut oder Logopäde, ein Mitarbeiter der Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation) als auch Personen aus Ihrem persönlichen Umfeld (z.B. Familienangehörige, Assistenzkräfte, Mitarbeiter der Wohneinrichtung) anwesend sind.
- Bestätigen Sie den vollständigen Erhalt und die Ordnungsmäßigkeit des Hilfsmittels erst, wenn Sie keine Beanstandungen oder Änderungswünsche mehr haben.

Wir freuen uns mit Ihnen und hoffen, dass das Hilfsmittel Ihren Alltag erleichtert!

Abgelehnt – und nun?

„Der Rechtsweg ist nicht ausgeschlossen.“

„Ich kann mich doch nicht gegen eine Ablehnung meines Antrags durch die Krankenkasse wehren. Ich kann doch nicht Widerspruch einlegen oder gar gegen die Krankenkasse klagen. Das traue ich mich nicht. Ich bin doch ständig auf Leistungen der Krankenkasse angewiesen. Was passiert denn, wenn ich wieder etwas brauche?“

Solche und ähnliche Aussagen von Menschen mit Behinderungen, deren Angehörige und / oder gesetzliche Betreuer hören wir sehr oft. Viele Betroffene sind verunsichert und haben Angst, sich im Dickicht des Paragrafendschungels und der Bürokratie zu verirren. Wir möchten Ihnen Mut machen, Ihre Rechte durchzusetzen!

Wenn Sie meinen, dass die Krankenkasse fehlerhaft entschieden hat, sollten Sie ggf. diese Entscheidung rechtlich überprüfen lassen. Lassen Sie sich beraten!

Denken Sie dabei auch daran, dass bereits vor Ihnen andere Betroffene diesen – oft mühsamen – Weg durch die Instanzen gegangen sind, um Gerichtsentscheidungen zu erreichen, von denen in Zukunft auch andere Betroffene profitieren. Es lohnt sich daher, im Einzelfall den Rechtsweg zu gehen – zum eigenen Nutzen und für andere!

Schritt 1 Widerspruch einlegen

Sie haben von der Krankenkasse einen schriftlichen (!) Ablehnungsbescheid erhalten.

Unser Tipp

- Lesen Sie das Ablehnungsschreiben der Krankenkasse genau.

Enthält das Schreiben eine Rechtsbehelfsbelehrung? („Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden Widerspruch einlegen. ...“)

Wenn ja, dann haben Sie jetzt einen Monat Zeit für Ihren Widerspruch. Jetzt gilt es für Sie, keine Zeit zu verlieren! Versäumen Sie diese Frist, ist der Rechtsweg in der Regel zu Ende.

Wenn nein, dann haben Sie ein Jahr Zeit für Ihren Widerspruch.

Enthält das Schreiben den Grund der Ablehnung?

Wenn ja, können Sie darauf bereits in Ihrem Widerspruchsschreiben Bezug nehmen.

Unser Tipp

- Bewahren Sie den Briefumschlag, in dem der Ablehnungsbescheid der Krankenkasse war, auf! Unsere Erfahrung zeigt, dass manchmal zwischen dem Datum des Schreibens und dem endgültigen Versand einige Tage – im Einzelfall sogar Wochen – liegen. Da ab Bekanntwerden die Widerspruchsfrist läuft, ist es für Sie wichtig zu wissen, wann tatsächlich der Bescheid bei Ihnen angekommen ist. Der Poststempel auf dem Briefumschlag kann daher hilfreich für den Nachweis sein.

Sie sind in Sorge, ob diese Frist ausreicht, Ihren Widerspruch ausführlich zu begründen und etwa weitere Gutachten zu besorgen? Kein Problem! Sie müssen den Widerspruch nicht zwingend begründen.

Unsere Formulierungshilfe

„Gegen den ablehnenden Bescheid vom ... – erhalten am ... – lege ich hiermit fristgerecht Widerspruch ein. Eine Begründung reiche ich nach.“

Lassen Sie sich bei der Formulierung Ihres Widerspruchs und der Begründung beraten. Achten Sie darauf, dass die Krankenkasse Ihre besondere Lebenssituation berücksichtigt. Die Krankenkasse muss Ihren speziellen Hilfebedarf prüfen – und darf nicht pauschal ablehnen.

Sollte die Krankenkasse über Ihren Widerspruch nicht innerhalb von drei Monaten entscheiden, haben Sie die Möglichkeit, beim Sozialgericht eine Untätigkeitsklage einzureichen. (Vergleiche Kapitel *„Der Widerspruch wurde abgelehnt – was nun?“* ab Seite 11.)

Schritt 2 Die Krankenkasse entscheidet neu („Widerspruchsbescheid“)

Die Krankenkasse prüft

- Ist der Widerspruch fristgerecht eingereicht worden?
- Ist der Widerspruch inhaltlich begründet?
Das heißt: Werden die Ihnen bereits bekannten Kriterien für die Bewilligung eines Hilfsmittels erfüllt? (Vergleiche *Schritt 3 „Die Krankenkasse entscheidet“* ab Seite 7.)

▶ Die Krankenkasse genehmigt schriftlich Ihren Antrag („Bescheid“).

▶ Herzlichen Glückwunsch!

▶ Weiter geht es mit dem 4. Schritt: „Frisch geliefert“ – Sie erhalten das Hilfsmittel

▶ Die Krankenkasse lehnt weiterhin schriftlich in einem Widerspruchsbescheid Ihren Antrag ab.

▶ Der Widerspruchsbescheid enthält eine Rechtsbehelfsbelehrung (*„Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Klage vor dem Sozialgericht in A-Stadt einreichen. ...“*)

▶ Fehlt eine Rechtsbehelfsbelehrung, können Sie innerhalb eines Jahres nach Bekanntgabe Klage einreichen.

▶ Sie sind mit der Ablehnung nicht einverstanden und reichen fristgerecht Klage vor dem Sozialgericht ein.

■ ■ **Der Widerspruch wurde abgelehnt – was nun?** ■ **„Der Rechtsweg ist nicht ausgeschlossen.“**

Sie haben von der Krankenkasse einen schriftlichen (!) ablehnenden Widerspruchsbescheid erhalten.

Unser Tipp

● Bewahren Sie den Briefumschlag, in dem der Widerspruchsbescheid der Krankenkasse war, auf! Da ab Bekanntwerden die Frist zur Einreichung einer Klage läuft, ist es für Sie wichtig zu wissen, wann tatsächlich der Bescheid bei Ihnen angekommen ist. Der Poststempel auf dem Briefumschlag kann daher hilfreich für den Nachweis sein.

Der Widerspruchsbescheid enthält eine Rechtsbehelfsbelehrung. Sie müssen nun innerhalb eines Monats Klage beim Sozialgericht einreichen. Sie können die Klage zunächst auch ohne Begründung einreichen und diese später nachreichen. Versäumen Sie aber die Frist, ist der Rechtsweg in der Regel zu Ende.

Wie reiche ich Klage ein? Wie geht es weiter?

Sie können selbst eine Klage einreichen. Es besteht weder vor dem Sozialgericht (erste Instanz) noch vor dem Landessozialgericht (zweite Instanz) ein Anwaltszwang. Sie müssen sich nur vor dem Bundessozialgericht (dritte und letzte Instanz) durch einen Prozessbevollmächtigten vertreten lassen.

Hinweis

Sie können sich auch vertreten lassen, z. B. durch einen Rechtsanwalt oder durch eine sonstige Vertrauensperson. Sie müssen dieser Person eine schriftliche Vollmacht erteilen.

Was kostet das Gerichtsverfahren?

Das Verfahren vor dem Sozialgericht ist für Privatpersonen, die einen Antrag auf eine Sozialleistung (z. B. Versorgung mit einem geeigneten und notwendigen Hilfsmittel) einklagen, kostenfrei. Sie müssen nur die eigenen Auslagen (ggf. einschl. der Ausgaben für einen Rechtsanwalt) zahlen. Wenn das Gericht zu Ihren Gunsten entscheidet, erhalten Sie auf Antrag auch ihre notwendigen Kosten erstattet.

Schritt 1

Klage einreichen

Eine Klage einzureichen, ist gar nicht so schwer.

Sie können eine Klage mündlich einreichen. In diesem Fall gehen Sie zum Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim Sozialgericht und geben Ihre Klage zu Protokoll („zur Niederschrift“). Nehmen Sie dazu alle wichtigen Unterlagen (Bescheide, ärztliche Verordnung, Gutachten, weitergehende Informationen usw.) in Kopie mit.



Gut zu wissen

Als Kläger können Sie jederzeit Ihre Klage zurücknehmen (= Rücknahme).

Sie reichen die Klage schriftlich ein. Dazu reicht ein formloses Schreiben mit folgenden Inhalten:

- Absender (mit Ihren Kontaktdaten wie Postanschrift, Telefonnummer)
- Kläger (wenn nicht identisch mit dem Absender)
- Beklagter (= Krankenkasse oder Behörde, die den ablehnenden Widerspruchsbescheid formuliert hat); vergessen Sie dabei nicht die Kontaktdaten und – wenn möglich – auch das Aktenzeichen des Widerspruchsbescheides
- Streitgegenstand (= Inhalt Ihres abgelehnten Antrags)
- Begründung (sofern Sie diese nicht später nachreichen)
- Datum und Unterschrift

Beispiel

Einen Musterbrief finden Sie auf Seite 13.



Wichtig

Reichen Sie die Klage mit allen Anlagen in doppelter Ausfertigung ein. Und vergessen Sie nicht, dass auch Sie eine Kopie für Ihre Unterlagen benötigen.



Gut zu wissen

Wie lange das Verfahren dauert, ist offen. Das Sozialgericht bemüht sich, zeitnah zu entscheiden. Unsere Erfahrung ist, dass das Verfahren umso länger dauert, je komplexer der zu klärende Sachverhalt ist.

Musterbrief

Lieschen Müller
Hilf-mir-Straße 100
12345 Musterstadt
Telefon 0123 – 4567

Musterstadt, xx.xx.20xx

Sozialgericht
Gerichtsplatz 2
12345 Musterstadt

KLAGE

Lieschen Müller

– Klägerin –

gegen

ABC-Krankenkasse, Gesundheitsplatz 3, 12345 Musterstadt

– Beklagte –

wegen Ablehnung eines beantragten Hilfsmittels zur Kommunikation (Marke ABC, Modell x) einschl. Beratung und Einweisung zum erfolgreichen Ausgleich einer Behinderung nach § 33 SGB V

Hiermit erhebe ich Klage und beantrage:

1. den Bescheid der Beklagten vom xx.xx.20xx und den Widerspruchsbescheid vom xx.xx.20xx (Aktenzeichen) aufzuheben,
2. die Beklagte zu verpflichten, das Hilfsmittel zur Kommunikation im beantragten Umfang zu bewilligen,
3. die notwendigen Kosten für den Rechtsstreit zu erstatten.

Begründung:

Unterschrift

Anlagen

Bescheid der Beklagten vom xx.xx.20xx

Widerspruchsbescheid der Beklagten vom xx.xx.20xx

Beschreibung des beantragten Hilfsmittels zur Kommunikation

Ärztliche Stellungnahme von Dr. Kennt-sich-aus

Stellungnahme der Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation

Die Klage ist eingereicht. Wie geht es beim Sozialgericht weiter?

Das Sozialgericht bestätigt schriftlich den Eingang Ihrer Klage und informiert den Beklagten (Krankenkasse).

Das Sozialgericht prüft, ob die formalen Voraussetzungen erfüllt sind (v. a. Fristen!).

Das Sozialgericht prüft den Sachverhalt.

- Hat die Krankenkasse bei Ihrer Entscheidung alle maßgeblichen Rechtsvorschriften beachtet?
- Ist die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung von dem tatsächlich zutreffenden Sachverhalt ausgegangen?

Das Sozialgericht kann z. B. Auskünfte oder Gutachten einholen, Akten von Behörden einsehen, Zeugen befragen usw. Das Sozialgericht ist verpflichtet, den Sachverhalt aufzuklären („Amtsermittlungsgrundsatz“).

Sie können dem Sozialgericht vorschlagen, z. B. einen bestimmten Zeugen zu vernehmen oder einen bestimmten Experten um ein Gutachten zu bitten. Das Sozialgericht entscheidet, ob es diesen Vorschlag aufgreift oder nicht. Sie haben das Recht, ein Gutachten eines Arztes Ihres Vertrauens zu beantragen (§ 109 SGG). Das Sozialgericht muss in der Regel diesem Antrag folgen. Sie müssen aber in der Regel etwaige Kosten für das Gutachten selbst bezahlen – auch wenn das Verfahren vor dem Sozialgericht für Sie kostenfrei ist. Wenn das Sozialgericht Ihnen Recht gibt, erhalten Sie die Kosten auf Antrag zurückerstattet.

Das Sozialgericht kann einen Erörterungstermin bestimmen. Bei diesem Termin wird der Fall mit allen Beteiligten besprochen. Im persönlichen Gespräch lässt sich manches verständlicher darstellen. Oft können dabei etwaige Missverständnisse geklärt werden. Ein Erörterungstermin ist nicht öffentlich. Sie können aber eine Vertrauensperson zum Termin mitnehmen (ggf. Vollmacht erteilen, auf Verschwiegenheitspflicht hinweisen). Beim Erörterungstermin wird noch nicht entschieden.

Das Sozialgericht entscheidet.

In sog. „einfachen Fällen“, in denen der Sachverhalt glasklar ist, kann das Sozialgericht auch ohne Zustimmung der Beteiligten im schriftlichen Verfahren (= Gerichtsbescheid) entscheiden.

In allen anderen Fällen gibt es eine mündliche Verhandlung. Diese ist öffentlich. Der strittige Sachverhalt wird vorgetragen und mit den Beteiligten ausführlich besprochen.

Einigen sich die Beteiligten nicht, stellen Kläger und Beklagte ihre Anträge. Beim Formulieren kann Ihnen das Gericht helfen. Anschließend zieht sich das Gericht (= Berufsrichter und ehrenamtliche Richter) zur geheimen Beratung zurück. Nach der Beratung verkündet das Gericht die Entscheidung und begründet es kurz (= Urteil). Im Anschluss an die mündliche Verhandlung erhalten die Beteiligten das schriftliche Urteil und die Begründung. Ein Prozess muss nicht zwangsläufig mit einem Urteil enden. Es kann auch durch einen Vergleich (= die Beteiligten einigen sich gütlich) oder durch ein Anerkenntnis (= der Beklagte gibt dem Kläger Recht) enden.

Das Sozialgericht hat entschieden. Und nun?

Wenn Sie mit der Entscheidung des Sozialgerichts einverstanden sind – und auch der Beklagte diese akzeptiert – ist das Verfahren zu Ende und der Auslieferung Ihres beantragten Hilfsmittels steht nichts mehr im Weg. Weiter geht es mit *Schritt 4 „Frisch geliefert – Sie erhalten das Hilfsmittel“* (Seite 8).

Wenn Sie – oder der Beklagte – mit der Entscheidung des Sozialgerichts nicht einverstanden sind, können Sie Berufung oder Beschwerde beim Landessozialgericht (zweite Instanz) einreichen.

Das Landessozialgericht kann Revision zulassen. Dann entscheidet – sofern der Kläger oder der Beklagte die Entscheidung des Landessozialgerichts nicht akzeptiert – das Bundessozialgericht in dritter und letzter Instanz. Das Bundessozialgericht entscheidet in Fällen von bundesweit grundsätzlicher Bedeutung.

Begriffe

Andere mögliche Kostenträger

Wird ein Hilfsmittel privat genutzt, übernehmen häufig die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten. Es können auch andere Kostenträger zuständig sein, insbesondere:

- Sozialhilfe / Eingliederungshilfe (SGB XII):
vor allem bei Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, in der Regel abhängig von Einkommen und Vermögen (nachrangig)
- Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI):
wenn die Erwerbsfähigkeit erhalten oder verbessert werden kann
- Unfallversicherung (SGB VII)
bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Agentur für Arbeit, Integrationsamt
wenn Berufstätige im Rahmen der Hilfe zur Ausstattung des Arbeitsplatzes Hilfsmittel brauchen
- Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden

Behinderungsausgleich (mittelbarer und unmittelbarer)

Das Bundessozialgericht unterscheidet – im Unterschied zum Gesetz – in seiner Rechtsprechung zwischen einem mittelbaren und einem unmittelbaren Ausgleich der Behinderung.

Unmittelbarer Behinderungsausgleich	Mittelbarer Behinderungsausgleich
<p>Hilfsmittel gleichen die ausgefallene Körperfunktion aus bzw. unterstützen nur eingeschränkt funktionsfähige körperliche Funktionen</p> <p>Das Hilfsmittel soll möglichst weitgehend das Funktionsdefizit ausgleichen. Der aktuelle medizinische und technische Fortschritt ist zu berücksichtigen. Dabei wird in der Regel die Wirtschaftlichkeit einer solchen Versorgung unterstellt. (vgl. § 2 SGB V)</p> <p>Das Hilfsmittel ist abgestimmt auf die individuelle Lebenssituation.</p> <p>Beispiele: Prothesen, Hörgeräte Kommunikationshilfsmittel (Urteil des Sozialgerichts Freiburg, Az. S 5 KR 125/13 vom September 2013)</p>	<p>Alle anderen Hilfsmittel gehören hierzu.</p> <p>Das Hilfsmittel soll einen Basisausgleich ermöglichen.</p> <p>Das Hilfsmittel ist abgestimmt auf die durchschnittlichen Lebensverhältnisse.</p> <p>Beispiel: Rollstuhl, Rollator</p>

Beratungshilfe – im außergerichtlichen Verfahren

Anspruch auf Beratungshilfe im außergerichtlichen Verfahren (z.B. im Widerspruchsverfahren) hat,

- wer Hilfe braucht, seine Rechte wahrnehmen zu können und
- kein oder nur ein geringes Einkommen hat und
- keine anderen zumutbaren Möglichkeiten hat, seine Rechte wahrzunehmen und
- seine Rechte nicht „mutwillig“ wahren will.

Weitere Informationen gibt es u.a. bei der Rechtsantragsstelle Ihres zuständigen Amtsgerichts.

Einstweilige Anordnung

So bezeichnet man eine besondere Art gerichtlicher Entscheidungen. Wenn Sie beispielsweise ohne die rechtzeitige Ausstattung mit dem beantragten Hilfsmittel gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erwarten hätten, die unzumutbar und nicht mehr zu beseitigen wären, können Sie beim Sozialgericht den Erlass einer einstweiligen Anordnung (§ 86 b SGG) beantragen. Die Krankenkasse könnte so verpflichtet werden, Sie vorläufig mit dem beantragten Hilfsmittel zu versorgen.

GKV-Hilfsmittelverzeichnis

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) erstellt ein Hilfsmittelverzeichnis und aktualisiert es laufend. Dieses Verzeichnis enthält Hilfsmittel, die grundsätzlich von der Gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung übernommen werden müssen. Das Hilfsmittelverzeichnis enthält auch ein Verzeichnis der Pflegehilfsmittel.

Das GKV-Hilfsmittelverzeichnis ist eine Orientierungs- und Auslegungshilfe. Es ist keine abschließende oder gar verbindliche Liste der verordnungsfähigen Hilfsmittel. Dies haben verschiedene Gerichtsurteile bestätigt. Demnach müssen die Krankenkassen im Einzelfall auch Hilfsmittel, die nicht im GKV-Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen sind, nach § 33 SGB V finanzieren. Dies betrifft in besonderem Maße Hilfsmittel zur Unterstützten Kommunikation. Da die technische Weiterentwicklung auf diesem Gebiet so rasant ist, ist das GKV-Hilfsmittelverzeichnis meist nicht auf dem aktuellsten Stand.

Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens

Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind nach § 33 SGB V kein (zu Lasten der Krankenkasse) verordnungsfähiges Hilfsmittel. Es handelt sich dabei um Gebrauchsgegenstände, die üblicherweise in einem Haushalt allgemein verwendet werden und vorhanden sind, weil sie zur normalen Lebensführung gehören. Sie wurden nicht speziell für behinderte oder kranke Menschen entwickelt. Sie sind vielfach verbreitet, da sie für die meisten oder alle Menschen nutzbar sind. Sie haben keinen speziellen medizinischen oder therapeutischen Nutzen. Sie dienen z.B. dem Komfort, der Gesunderhaltung, dem allgemeinen Wohlbefinden, der Hygiene oder der Fitness. Beispiele: elektrischer Dosenöffner, Fahrrad.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind nach § 33 SGB V (zu Lasten der Krankenkassen) verordnungsfähige Hilfsmittel, wenn sie

- für die speziellen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt und hergestellt werden
- den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen und damit ein allgemeines Bedürfnis des täglichen Lebens betreffen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes gehören zu solchen Grundbedürfnissen insbesondere das Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrungsaufnehmen, Ausscheidung, elementare Körperpflege, Kommunikation, Bewegungsfreiheit, Erschließen eines gewissen geistigen Freiraums.

- zur Anwendung im privaten Bereich (häuslichen Bereich / allgemeinen Lebensbereich) dienen
- von der Funktion her transportabel sind

Beispiele: Rollstuhl, Rollator, Prothese, Brille, Hörgeräte, Kommunikationsgeräte mit Schrift- und / oder Sprachausgabe, Badewannenlifter, Duschstuhl, orthopädische Schuhe, Reha-Buggy, Perücke bei Haarausfall.

Mehrkosten

Wenn jemand ein geeignetes Hilfsmittel in einer aufwändigeren Ausführung als notwendig auswählt, muss er diese Mehrkosten und dadurch entstehende höhere Folgekosten selbst zahlen (§ 31 SGB IX, § 33 SGB V).

Prozesskostenhilfe (PKH) – im gerichtlichen Verfahren

Anspruch auf Prozesskostenhilfe (= Hilfe bei der Führung eines Gerichtsprozesses) haben Menschen, die kein oder nur ein geringes Einkommen haben und deren Klage hinreichend Aussicht auf Erfolg hat. Dieses Kriterium wird meist erfüllt sein, da erfahrungsgemäß der Ausgang eines Gerichtsprozesses oft von einem ärztlichen Gutachten o. ä. abhängt. Doch zum Zeitpunkt des Antrags auf PKH bzw. der Einreichung der Klage ist das Ergebnis des Gutachtens noch völlig offen. Hinweise und Formulare für die Beantragung von PKH erhalten Sie u.a. bei der Rechtsantragsstelle Ihres zuständigen Amtsgerichts.

Selbstbeschaffung der Hilfsmittel

§ 15 SGB IX erlaubt Ihnen in bestimmten Fällen (insbesondere bei verzögerten Entscheidungen ohne erkennbaren Grund), das beantragte Hilfsmittel selbst zu beschaffen und von der Krankenkasse erstatten zu lassen. Ihnen verbleibt dabei ein gewisses „Restrisiko“, falls die Krankenkasse nicht alle Kosten als „notwendig“ anerkennt. Lassen Sie sich daher vor der Selbstbeschaffung gut beraten, zu welchen Leistungen und in welcher Höhe die Krankenkasse tatsächlich verpflichtet ist.

Umfang der Verordnung von Hilfsmitteln

Nach § 33 SGB V umfasst der Anspruch auf die Versorgung mit dem benötigten Hilfsmittel auch:

- die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln,
- die Ausbildung in ihrem Gebrauch,
- notwendige Wartungen und technische Kontrollen.

Untätigkeitsklage

Entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb von sechs Monaten über Ihren Antrag, können Sie beim Sozialgericht eine Untätigkeitsklage (§ 88 SGG) einreichen.

Das gleiche gilt, wenn die Krankenkasse nicht über einen Widerspruch entschieden hat. Als angemessene Frist gelten hier drei Monate.

Linktipps

<http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp>

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) erstellt nach § 139 SGB V ein sog. Hilfsmittelverzeichnis (und als Anlage dazu ein Pflegehilfsmittelverzeichnis).

<http://www.rehadat-hilfsmittelportal.de/de/>

Das Portal REHADAT-Hilfsmittel informiert über Hilfsmittel und Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Behinderung oder mit gesundheitlichen Einschränkungen. Es ist ein Teil des Projekts REHADAT, das vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. getragen und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert wird.

<http://www.gesetze-im-internet.de>

Sie finden dort kostenlos alle Bundesgesetze, z.B. SGB V (Krankenversicherung)

<http://www.justiz.de/index.php>

Gemeinsames Justizportal des Bundes und der Länder. Sie finden dort u. a. auch Informationen und Anträge für Beratungshilfe und Prozesskostenhilfe / Verfahrenskostenhilfe (Formulare)

http://www.bsg.bund.de/DE/Home/home_node.html

Seite des Bundessozialgerichts. Sie finden Informationen (auch in Leichter Sprache) sowie Entscheidungen des Bundessozialgerichts.



Landesverband für
Menschen mit Körper-
und Mehrfachbehinderung
Baden-Württemberg e.V.

bis Oktober 2014: Schwabstraße 55 · 70197 Stuttgart

ab Oktober 2014: Am Mühlkanal 25 · 70190 Stuttgart

Telefon: 0711 / 505 3989 – 0

Telefax: 0711 / 505 3989 – 99



E-Mail: info@lv-koerperbehinderte-bw.de

Internet: www.lv-koerperbehinderte-bw.de

Facebook: www.facebook.com/lvkmbw