

Stationäre Behandlung  
und Hospizbetreuung  
Arzneimittel  
Heil- und Hilfsmittel



Durch die ambulante medizinische Versorgung wird der Grundstein für Ihre Genesung gelegt. Manchmal genügt aber die Therapie durch den Arzt nicht allein; es werden Arzneimittel, Heilmittel oder gar ein Hilfsmittel benötigt.

Ist aber selbst eine ambulante Behandlung nicht ausreichend, übernimmt unsere BKK die meisten Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung, die gegebenenfalls auch erforderlichen Fahrkosten und eine Haushaltshilfe eingeschlossen.

Besteht auf Grund der schwerwiegenden Erkrankung nur noch eine kurze Lebenserwartung, zahlt die BKK Zuschüsse für die Betreuung in einem Hospiz.

Zu all diesen Themen gibt Ihnen dieses Falblatt auf den folgenden Seiten einen Überblick. Sollten weitere Fragen bestehen, ist für die Beantwortung unsere BKK die richtige Adresse.



# Stationäre Behandlung und Hospizbetreuung

Nicht jede Erkrankung kann ambulant behandelt werden. Es gibt Situationen, in denen ein Klinikaufenthalt unumgänglich ist. Als BKK-Versicherte können Sie sich aber auf das Wesentliche konzentrieren, nämlich schnell wieder gesund zu werden, denn die meisten Kosten des Krankenhausaufenthaltes trägt die BKK.

Im Normalfall stellt der Haus- bzw. Facharzt eine Verordnung für eine stationäre Behandlung zur Erkennung, Heilung oder Linderung einer Krankheit aus. Im Notfall ist eine solche Verordnung natürlich nicht erforderlich.

Zu Beginn Ihrer klinischen Behandlung prüft ein Krankenhausarzt, welche Art der Behandlung notwendig ist, und entscheidet, in welcher Form die Behandlung durchgeführt wird.

Daraufhin erklären wir gegenüber dem betreffenden Krankenhaus die Kostenübernahme.

## ***Behandlungsarten***

Eine Krankenhausbehandlung kann erfolgen:

- vollstationär,
- teilstationär (klinische Behandlung nur tagsüber oder nur nachts),
- vorstationär (ohne Verpflegung und Übernachtung),
- nachstationär (ebenfalls ohne Verpflegung und Übernachtung),
- ambulant.

## ***Wahl des Krankenhauses und Leistungsumfang***

In der Regel können Sie unter allen per Gesetz oder Vertrag zugelassenen deutschen Krankenhäusern frei wählen. Wenn Sie sich jedoch aus persönlichen Gründen für ein anderes Krankenhaus entscheiden als in der ärztlichen Einweisung genannt, gilt: Es können Ihnen eventuelle Mehrkosten, z. B. höhere Fahrkosten, entstehen.

Grundsätzlich erhalten Sie sämtliche Leistungen, die individuell für Ihre medizinische Behandlung notwendig sind. Dazu gehören insbesondere:

- ärztliche Behandlung, einschließlich Operationen;
- Krankenpflege;
- Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln;
- Unterkunft und Verpflegung.

Es gilt dabei der Grundsatz: Die BKK übernimmt die Kosten für alle Leistungen, die medizinisch notwendig sind – unabhängig davon, wie kostenintensiv die jeweilige Krankenhausbehandlung ist. Davon **ausgenommen** sind die so genannten **Wahlleistungen**. Dazu gehören z. B. die privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt oder/und die Unterbringung in einem Ein- bzw. Zweibettzimmer. Es besteht jedoch die Möglichkeit, Wahlleistungen durch eine Privatversicherung abzudecken. Lassen Sie sich hierzu von unserer BKK beraten.

Mit der notwendigen Krankenhausbehandlung ist eine geringe Eigenbeteiligung verbunden, die Sie zu tragen haben. Diese **Zuzahlung** beträgt zurzeit 10,00 € pro Kalendertag, und zwar insgesamt für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind generell befreit.



Der Krankenhausbehandlung kann eine **Anschlussheilbehandlung** folgen. Es handelt sich dabei um Rehabilitationsmaßnahmen in Spezialkliniken mit dem Ziel, dass der Patient dem Alltags- und Berufsleben wieder gewachsen ist. Für die Anschlussheilbehandlung ist meistens der Rentenversicherungsträger zuständig, etwa die LVA, die BfA usw. Wenn dies nicht der Fall ist, wie z. B. beim nicht berufstätigen Ehegatten, bei Kindern und bei Rentnern, übernimmt die BKK die Kosten.

## ***Hospizbetreuung***

Ein anderes Thema, oft noch ein Tabu, ist die Hospizbetreuung. Besteht aufgrund einer Erkrankung nur noch eine kurze Lebenserwartung, so soll und muss es dem Menschen möglich sein, in Würde zu sterben. Genau dies ist der Ansatzpunkt der Hospize. Sie sind darauf ausgerichtet, dass sterbenskranke und sterbende Menschen bis zum Tod ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben führen können.

Für Versicherte, die aufgrund einer schweren Erkrankung nur noch eine geringe Lebenserwartung haben und schmerzlinde- rende Behandlung brauchen, gilt: Wenn sie sich in einem Hospiz pflegen und betreuen lassen, übernimmt die BKK einen großen Teil der Kosten. Voraussetzung ist, dass der Betreffende im Haushalt und in der Familie nicht mehr angemessen versorgt werden kann.

## ***Fahrkosten***

Im Zusammenhang mit einer Leistung der BKK werden Fahr- oder Transportkosten u. a. bei zwingenden medizinisch notwendigen

- Fahrten zu und von stationären Krankenhausbehandlungen;
- Fahrten (z. B. zum Arzt oder Krankenhaus), bei denen unbedingt ein Krankenwagen oder Krankentransport notwendig ist;
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus, auch wenn sich dort herausstellt, dass eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist;

übernommen.

Fahrten zur ambulanten Behandlung können in der Regel bei Dialysebehandlung sowie bei onkologischer Strahlen- und Chemotherapie übernommen werden. Ebenso werden Fahrten zur ambulanten Behandlung getragen, wenn ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorliegt oder die Pflegestufe 2 oder 3 nach dem SGB XI von der Pflegekasse festgestellt wurde. Existiert kein Schwerbehinder-

tenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ bzw. wurde keine Pflegestufe 2 oder 3 nach dem SGB XI festgestellt, werden die Fahrkosten zur ambulanten Behandlung auch übernommen, wenn eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität besteht und eine ambulante Behandlung über einen längeren Zeitraum erforderlich ist.

Bei all diesen Fahrten ist eine Zuzahlung gesetzlich vorgeschrieben. Sie beträgt 10 Prozent der Kosten je Fahrt, mindestens jedoch 5,00 € und höchstens 10,00 € je Fahrt (höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten).

## ***Haushaltshilfe***

Während einer stationären Krankenhausbehandlung oder einer von der BKK bezahlten Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung haben Versicherte Anspruch auf eine Haushaltshilfe auf Kosten der BKK. Die Grundvoraussetzungen im Allgemeinen: Keine andere im Haushalt lebende Person kann den Haushalt weiterführen und im Haushalt lebt ein Kind unter 12 Jahren oder ein behindertes Kind, das auf Hilfe angewiesen ist. Über Einzelheiten und evtl. weitere Möglichkeiten informiert die BKK.

Die Zuzahlung des Versicherten beträgt (ab 18. Geburtstag) 10 Prozent der kalendertäglichen Kosten, jedoch mindestens 5,00 € und höchstens 10,00 € täglich.

Versicherte erhalten auch Haushaltshilfe, wenn Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen Schwangerschaft oder Entbindung nicht möglich ist. In diesen Fällen sind keine Zuzahlungen zu entrichten.



## Arzneimittel

Das Thema Arzneimittel ist immer aktuell und wird dabei vielfach kontrovers diskutiert, denn seit Jahresbeginn dürfen die Krankenkassen die Kosten für verschreibungsfreie Arzneimittel nicht mehr übernehmen, von wenigen Ausnahmen abgesehen. Deshalb entsteht automatisch die Frage: Was kann verordnet werden und wann muss ich selbst zahlen?

Der Gesetzgeber definiert dabei ein Arzneimittel im Wesentlichen über dessen Funktion, nämlich „durch Anwendung am oder im menschlichen Körper Krankheiten, Leiden, Körper-

schäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen“. Deshalb werden hohe Anforderungen an Herstellung, Qualität und Überwachung von Arzneimitteln gestellt.

**Grundsätzlich sind alle Arzneimittel apothekenpflichtig.** Ausnahmen sind möglich, wenn eine Gefährdung, auch bei unsachgemäßem Gebrauch, nicht zu erwarten ist. Solche Produkte werden als **freiverkäufliche Arzneimittel** bezeichnet. Sie können auch außerhalb von Apotheken, z. B. im Supermarkt, verkauft werden.

BKK-Versicherte haben **Anspruch** auf eine Versorgung mit medizinisch notwendigen **apothekenpflichtigen Arzneimitteln**, die von den Vertragsärzten verordnet werden. Dabei soll die Versorgung mit Medikamenten ausreichend und zweckmäßig, aber gleichermaßen auch wirtschaftlich sein.

### ***Von der Verordnung ausgeschlossene Arzneimittel***

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nicht mehr erstattet. Ausnahmen gelten für:

- versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und
- versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

Für Erwachsene können nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ausnahmsweise verordnet werden, wenn es sich um

- eine schwerwiegende Erkrankung handelt und
- das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel als Therapiestandard gilt.
- Die Ausnahmen sind in den sogenannten Arzneimittel-Richtlinien abschließend geregelt.

Ohne Ausnahmen werden Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z. B. Viagra, Xenical), nicht mehr erstattet. Die Arzneimittel-Richtlinien enthalten eine Auflistung der ausnahmsweise ordnungsfähigen Wirkstoffe sowie der ausgeschlossenen Fertigarzneimittel.

Weiterhin dürfen folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht verordnet werden:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mitteln;
- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen;
- Abführmittel;
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

Arzneimittel, die vom Gesetzgeber in einer „**Negativliste**“ zusammengefasst wurden, sind ebenfalls von einer Verordnung zulasten der BKK ausgeschlossen, wenn

- sie für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken überflüssige Inhaltsstoffe enthalten oder
- ihre Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenden Wirkstoffe (mehr als drei Wirkstoffe) nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden kann – diese Begrenzung gilt jedoch nicht bei Naturheilmitteln – oder
- ihr therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist.

## ***Arzneimittel-Festbeträge***

Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt stehen den Versicherten eine Vielzahl von Präparaten in vergleichbarer Qualität, mit vergleichbarer Wirkung und zum Teil mit identischer Zusammensetzung zu sehr unterschiedlichen Preisen zur Verfügung.

Arzneimittel-Festbeträge stellen Erstattungshöchstbeträge dar und sollen sicherstellen, dass die Krankenkassen nicht mit zu hohen Arzneimittelpreisen belastet werden. Die Kosten solcher verordneten Arzneimittel darf die BKK nur bis zum jeweiligen Festbetrag übernehmen.

Verordnet der Arzt ein Arzneimittel oberhalb des Festbetrages, so hat er Sie darüber zu informieren. Sie müssen dann die Differenz zwischen Festbetrag und Apotheken-Abgabepreis selbst zahlen. Allerdings steht in der Regel immer eine ausreichende Anzahl von Arzneimitteln zum Festbetrag zur Auswahl.

## **Zuzahlung**

Für jedes zulasten der BKK verordnete Arzneimittel haben Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres zehn Prozent des Abgabepreises zu zahlen, mindestens 5,00 €, höchstens aber 10,00 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Befreiungen von dieser Gebühr sind möglich, wenn alle bisher geleisteten Zuzahlungen des Jahres die Belastungsobergrenze überschritten haben (siehe BKK-Faltblatt „Eigenbeteiligung, Belastungsgrenzen, Erstattungen“).

## **Generikum – medizinisch Notwendiges preisgünstig**

Ein Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff wird u. a. als Originalpräparat bezeichnet. Es ist zunächst patentgeschützt. Läuft der Patentschutz für den Wirkstoff dieses Arzneimittels aus, können auch andere pharmazeutische Firmen dieses Arzneimittel herstellen. Diese Unternehmen übernehmen also ein früher entwickeltes Präparat als „Fertig-Arzneimittel“, das in Deutschland auch Nachahmerprodukt oder Generikum genannt wird. Ein Generikum kann deshalb zu einem erheblich niedrigeren Preis angeboten werden als das Original.

Ein Generikum ist in seiner therapeutischen Wirkung mit dem Original vergleichbar. Es enthält dieselben aktiven Arzneistoffe, hat dieselbe Dosierung, wird in derselben Weise angewendet, stimmt in Stärke und Konzentration überein und wirkt demzufolge im Körper auf dieselbe Art und Weise. Original und Generikum unterscheiden sich auch in aller Regel nicht bei möglichen Nebenwirkungen.

Generische Medikamente sind also ein wirksames Mittel, um Gesundheit bezahlbar und die Beiträge der BKK stabil zu halten.

Bei der Verordnung von Arzneimitteln müssen die Ärzte neben medizinischer Notwendigkeit, Qualität und Wirksamkeit auch den Preis eines Arzneimittels beachten. Hinzu kommt noch die so genannte „**Aut idem-Regelung**“ (aut idem ist lateinisch und bedeutet „oder dasselbe“).

Grundsätzlich ist der Apotheker verpflichtet, ein vom Arzt verordnetes Medikament gegen ein vorhandenes, wirkstoffgleiches, kostengünstigeres Arzneimittel auszutauschen und dem Patienten auszuhändigen. Das ausgewählte Produkt muss aber in Wirkungsstärke und Packungsgröße mit dem verordneten Medikament identisch und für das gleiche Krankheitsbild zugelassen sein sowie die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform haben (z. B. Tabletten/Dragees).

# Heilmittel

Der Begriff „Heilmittel“ umfasst persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Heilmittel sind Dienstleistungen von speziell ausgebildeten Therapeuten bzw. Ärzten.

Als Heilmittel gelten die

- Physikalische Therapie;
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapie;
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie;
- Podologische Therapie (Medizinische Fußpflege).

In der **physikalischen Therapie** (Physiotherapie) werden Wasser, Luft, Wärme und Kälte sowie Bewegung und elektrischer Strom zu Heilzwecken eingesetzt. Bei Bädern und Inhalationen können zusätzlich chemische Inhaltsstoffe mitwirken.

Als Maßnahmen der Physiotherapie gelten u. a.:

- Massagetherapie (inkl. Lymphdrainage);
- Bewegungstherapie, wie z. B. Übungsbehandlung im Wasser, Krankengymnastik (auch unter Einsatz spezieller medizinischer Trainingsgeräte);
- spezielle krankengymnastische Behandlungsverfahren für Kinder (z. B. nach Bobath oder Vojtá);
- spezielle Krankengymnastik als Atemtherapie bei Mukoviszidose;
- Streckbehandlung der Wirbelsäule;
- Elektrotherapie;
- bestimmte medizinische Bäder;
- Inhalationstherapie;
- Wärme- und Kältetherapie, wie Warm- und Kaltpackungen oder Heißluft, zusätzlich zu weiteren Leistungen der physikalischen Therapie.

Diese Maßnahmen helfen vor allem dabei, z. B.

- die Leistungsfähigkeit von Knochen und Gelenken zu stärken bzw. wiederherzustellen;
- Haltungsschäden zu korrigieren;
- die Muskulatur zu kräftigen;
- Durchblutung, Atmung und Stoffwechsel zu fördern;
- Lymphödeme zu behandeln;
- Schmerzen zu lindern;
- Entzündungen zu hemmen.

Die **Beschäftigungs- und Arbeitstherapie** (Ergotherapie) kann bei Patienten mit krankheitsbedingten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Problemen erforderlich sein.

Bei motorischen Störungen soll die Therapie z. B. die Grob- und Feinmotorik, das Zusammenspiel von verschiedenen Bewegungsabläufen und die Gelenkfunktionen verbessern.

Bei Funktionsstörungen einzelner Sinnesorgane soll die Ergotherapie z. B. das Gleichgewicht oder die Mund- und Essmotorik verbessern. Dem Patienten wird auch geholfen, Sinneswahrnehmungen zu koordinieren und umzusetzen.

Bei psychischen Störungen geht es z. B. um die Entwicklung oder Stärkung von Ausdauer, Antrieb und Belastbarkeit, Orientierung, Selbstständigkeit, Flexibilität, Grob- und Feinmotorik, Koordination, Motivation und Selbstvertrauen.

Zu Problemen mit der Stimme oder beim Sprechen kann es aus ganz verschiedenen Gründen bei Kindern und Erwachsenen kommen. Für krankheitsbedingte Störungen in diesem Bereich gibt es Behandlungsmöglichkeiten, die von Ihrer BKK finanziert werden – die **Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie**. Wichtig ist die genaue Diagnose durch einen Arzt.

Bei einer Diabetes-Erkrankung ist die Verordnung **Medizinischer Fußpflege** (Podologische Therapie) durch den Arzt möglich. Voraussetzung dabei ist, dass krankhafte Veränderungen am Fuß vorliegen (diabetisches Fußsyndrom) und nicht umkehrbare Folgeschädigungen der Füße zu erwarten sind. Nähere Informationen hierzu, auch zur Anzahl der Anwendungen, erhalten Sie von Ihrem behandelnden Arzt.



## ***Leistungsumfang und Zuzahlung***

Bei der Auswahl der Heilmittel hat sich der Arzt nach den so genannten Heilmittelrichtlinien zu richten. Danach kann für bestimmte Indikationen auch die Verwendung mehrerer Heilmittel möglich sein.

Ärztlich verordnete Heilmittel stellt Ihnen die BKK durch einen zugelassenen Therapeuten zur Verfügung. Will der Arzt vom Umfang der in den Heilmittelrichtlinien vorgegebenen Verordnungsmengen abweichen, ist im Einzelfall ggf. eine vorherige Genehmigung durch die BKK notwendig. Hierauf werden Sie der Arzt oder der Therapeut aufmerksam machen.

Versicherte haben sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres an den Kosten ärztlich verordneter Heilmittel zu beteiligen. Die gesetzlich vorgesehene **Zuzahlung** beträgt 10,00 € je Verordnung zzgl. zehn Prozent der Kosten des verabreichten Mittels. Werden auf einem Rezept z. B. Massagen und Wärmepackungen verschrieben, ist nur eine Verordnungsgebühr von 10,00 € zu entrichten.

Für Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind oder für Maßnahmen mit nicht nachgewiesenem therapeutischen Nutzen bzw. für Maßnahmen bei nicht zugelassenen Indikationen, darf die BKK die Kosten nicht übernehmen.

Als verordnungsfähige Heilmittel sind z. B. **nicht anerkannt:**

- Sauna
- Schwimmen/Baden auch in Thermalbädern
- Bodybuilding, Fitnesstraining
- Musik- und Tanztherapie



# Sehhilfen

Nach dem Willen des Gesetzgebers zählen Sehhilfen aber nur noch für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus besteht für Erwachsene nur noch dann ein Anspruch, wenn sie auf beiden Augen – trotz Brillen- oder Kontaktlinsenversorgung – sehr schwer sehbeeinträchtigt sind oder im Rahmen von therapeutischen Sehhilfen zur Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen.

Unter die Sehhilfen für schwer sehbeeinträchtigte Erwachsene fallen z. B. auch Lupen oder Brillengläser mit Lupenwirkung. Auch Kunststoffgläser, Lichtschutzgläser und Kontaktlinsen können dazu zählen. Generell zu eigenen Lasten gehen Brillenfassungen, Zweitbrillen und die Entspiegelung.

Über die Begriffe „schwer sehbeeinträchtigt“ und „therapeutische Sehhilfen“ informiert Sie Ihr BKK-Berater vor Ort.

## ***Kinder und Jugendliche***

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr besteht erneut ein Anspruch auf Brillengläser oder Kontaktlinsen, wenn die erforderliche Glasstärke sich um mindestens 0,5 Dioptrien (dpt) verändert hat. Bei Kurzsichtigkeit gilt der Anspruch auch dann, wenn sich durch die neue Brille eine Verbesserung der Sehschärfe um mindestens 20 Prozentpunkte erzielen lässt.

Für Kinder unter 14 Jahren gelten diese Einschränkungen nicht. Sie erhalten eine neue Brille auch bei geringfügiger Veränderung der Sehschärfe unter 0,5 dpt.

## Weitere Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, die zu medizinischen oder therapeutischen Zwecken eingesetzt werden und nachweislich zum Erfolg einer Krankenbehandlung beitragen. Sie sollen körperliche Störungen, die durch Krankheit oder Behinderung hervorgerufen sind, vermindern bzw. ausgleichen. Solche Hilfsmittel darf die BKK zahlen. In manchen Fällen kann die BKK Hilfsmittel auch leihweise zur Verfügung stellen.

Daneben gibt es auch so genannte **Pflegehilfsmittel**. Diese werden nicht zu medizinischen oder therapeutischen Zwecken eingesetzt; sie sollen die Pflege erleichtern, die Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Hierzu gehören beispielsweise Pflegebetten, Lagerungsrollen, saugende Bettschutzeinlagen und Hausnotrufsysteme.

Solche Pflegehilfsmittel darf die BKK-Pflegekasse bezahlen oder stellt sie leihweise zur Verfügung.

### ***Voraussetzungen der Verordnung***

Hilfsmittel dürfen vom Arzt zulasten der BKK verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern;
- eine Behinderung auszugleichen;
- eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde;
- einer Gefahr für die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken;
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Die BKK darf jedoch nicht solche Hilfsmittel finanzieren, die als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Solche Gegenstände sind Produkte, die allgemein zur Lebensführung verwendet werden, unabhängig davon, ob sie zusätzlich einem Kranken oder Behinderten das Leben erleichtern können: z. B. Wärmflasche, Elektromesser, elektrischer Dosenöffner oder verlängerter Schuhanzieher.

## ***Beispielhafte Hilfsmittel***

**Hörhilfen:** Für Patienten, die unter Schwerhörigkeit leiden, stehen je nach Art und Grad der Erkrankung/Behinderung unterschiedliche Hörgeräte für ein oder beide Ohr/en zur Verfügung. In der Regel werden die Geräte hinter dem Ohr bzw. im Ohr getragen. Unter bestimmten Voraussetzungen werden aber auch Taschengeräte oder andere Spezialgeräte, wie etwa Brillenadapter oder Kinnbügelhörer, verordnet.

Auch für Tinnitus-Patienten können Hörhilfen bzw. Tinnitusmasker verordnet werden.

**Prothesen:** Sie dienen dazu, fehlende Körperteile zu ersetzen, die durch einen Unfall verloren wurden oder von Geburt an nicht vorhanden sind. Dies können z. B. Arm- oder Beinprothesen sein.

**Orthopädische Hilfsmittel:** Sie sollen zum Erfolg einer orthopädischen Behandlung beitragen, indem sie fehlgebildete Körperteile in ihre natürliche Lage oder Form bringen bzw. sie in ihrer Funktion unterstützen. Zu den orthopädischen Hilfsmitteln zählen z. B. Bandagen, Orthesen, Schienen, Einlagen oder orthopädische Schuhe.

**Orthopädische Schuhe** sind dem Grunde nach ein „Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens“, der aber darüber hinaus durch bestimmte Vorrichtungen die Funktion des u. a. erkrankten, funktionsgestörten oder fehlerhaften Fußes übernehmen soll. Die Leistungspflicht der BKK beschränkt sich deshalb auf den „krankheitsbedingten Mehraufwand“.

**Blindenhilfsmittel:** Sie sollen dem Blinden oder hochgradig Sehbehinderten die selbstständige Fortbewegung, Wahrnehmung und Orientierung in der Umwelt sowie eine Informationsbeschaffung ermöglichen. Blindenhilfsmittel sind z. B. Taststöcke, Hindernismelder, spezielle Lesegeräte, evtl. mit Braille-Ausgaben oder Sprachausgaben. Ein Blindenführhund gilt ebenfalls als Hilfsmittel.



**Bestimmte Messgeräte:** Bei bestimmten Krankheiten kann es nötig sein, dass der Patient den Krankheitsverlauf selbstständig überwacht. In solchen Fällen können z. B. Blutzuckermessgeräte oder Blutgerinnungsmessgeräte als Hilfsmittel verordnet werden.

Die **Versorgung mit Hilfsmitteln** umfasst

- die Grundausrüstung;
- Zubehör, falls das Hilfsmittel sonst nicht korrekt angewendet werden kann;
- die Anpassung, z. B. von Prothesen;
- die Ausbildung im Gebrauch, damit Sie das Hilfsmittel auch richtig nutzen können;
- Änderungen, die z. B. wegen technischer Neuentwicklungen sinnvoll oder nötig werden;
- Instandsetzung bzw. Reparatur bei Defekt oder Verschleiß und
- Ersatz, falls das Hilfsmittel nicht mehr tauglich ist.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen sich an den Kosten für Hilfsmittel beteiligen. Die gesetzlich vorgesehene **Zuzahlung** beträgt zehn Prozent der Kosten, mindestens jedoch 5,00 € und höchstens 10,00 €. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt zehn Prozent je Packung, höchstens jedoch 10,00 € für den Monatsbedarf je Indikation.

Für einige Hilfsmittel ist ein Festbetrag festgesetzt. Hier übernimmt die BKK die Kosten nur bis zu dieser Grenze. Auch hier beträgt die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung zehn Prozent der Kosten. Wünscht ein Patient ein aufwändigeres Hilfsmittel als notwendig, so trägt er die Kosten dafür selbst.

Für Hilfsmittel mit umstrittenem therapeutischen Nutzen, z. B. Kompressionsstücke oder Handgelenkriemen, dürfen die Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen. Das Gleiche gilt für Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis wie, z. B. Augenklappen oder Zehenspreizer. Dies hat der Gesetzgeber so festgelegt.

Impressum

Herausgeber: BKK Bundesverband, Essen, [www.bkk.de](http://www.bkk.de)

Gestaltung: Typografischer Betrieb Lehmann, Essen

Verlag, Vertrieb und Druck: AGIS Verlag, Baden-Baden

Stand: Januar 2005

