



Der richtige Weg zum richtigen Hilfsmittel



Eine Information für Patientinnen und Patienten





Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Was sind Hilfsmittel?	2
Der Weg zum Hilfsmittel	3
1. Ärztin/Arzt	3
2. Krankenkasse	3
3. Leistungserbringer	3
4. Die Krankenkasse als Kostenträger	6
5. Eigenanteil	8
6. Die anderen Kostenträger	9
7. Widerspruchsverfahren	10
8. Sozialgericht	11
9. Beispiele aus der Praxis	12
Internetadressen	15
Beratungsstellen	16
Selbsthilfe-Kontaktstellen.....	17
Impressum.....	20

Vorwort

Diese Broschüre verschafft Ihnen einen Überblick über die Versorgung mit Hilfsmitteln für **Patientinnen und Patienten in den Gesetzlichen Krankenkassen**. Sie wurde initiiert durch die Selbsthilfegruppe des Deutschen Schwerhörigenbundes Ortsverein Bielefeld e.V. Dieser war an die Selbsthilfe-Kontaktstelle herangetreten mit dem Hinweis, dass es auf diesem Gebiet keine neutralen, kurz gefassten, und verständlichen Informationen gibt. Auch in der Unabhängigen Patientenberatung im Gesundheitsladen in Bielefeld wird häufig zu diesem Thema nachgefragt.

Die Broschüre erläutert, welche Produkte als Hilfsmittel anzusehen sind und wie der Weg zur Erlangung des passenden Hilfsmittels verläuft. Neben Sanitätshäusern kommen auch andere Anbieter, wie etwa Apotheken oder Hörgeräteakustiker als Hilfsmittelanbieter in Betracht. Auf deren Besonderheiten wird hier allerdings nicht eingegangen. Im Anschluss an die allgemeinen Ausführungen wird anhand eines Beispiels die Umsetzung in der Praxis verdeutlicht.

Auf Einzelheiten über die Versorgung durch **andere Kostenträger**, wie etwa Private Krankenversicherungen, Rentenversicherungen, Berufsgenossenschaften, Versorgungsstellen der Länder für Kriegssopfer, oder die Bundesagentur für Arbeit für berufliche Hilfen, kann hier ebenfalls aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden.

Diese Broschüre erhebt **keinen Anspruch auf Vollständigkeit**. Auch etwaige Veränderungen im sich ständig wandelnden Gesundheitswesen können nicht vorausgesagt werden. Sie basiert auf dem Wissensstand im Oktober 2014.

Uwe Ohlrich, Antje Klötzler und Silke Karallu



Was sind Hilfsmittel?

Nach dem Krankenversicherungsrecht sind Hilfsmittel **sächliche medizinische Leistungen, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen** oder eine bestehende Behinderung ausgleichen sollen (§ 33 Sozialgesetzbuch V [SGB V]).

Allerdings gibt es keine allgemeingültige Definition für Hilfsmittel, da unterschiedliche Begriffsbestimmungen in den Sozialgesetzbüchern existieren. Es kommt somit immer darauf an, in welchem Zusammenhang der Bedarf an einem bestimmten Produkt entstanden ist.

Darüber hinaus muss es sich um Produkte handeln, die die Versicherten selbst, also in der Regel zu Hause anwenden.

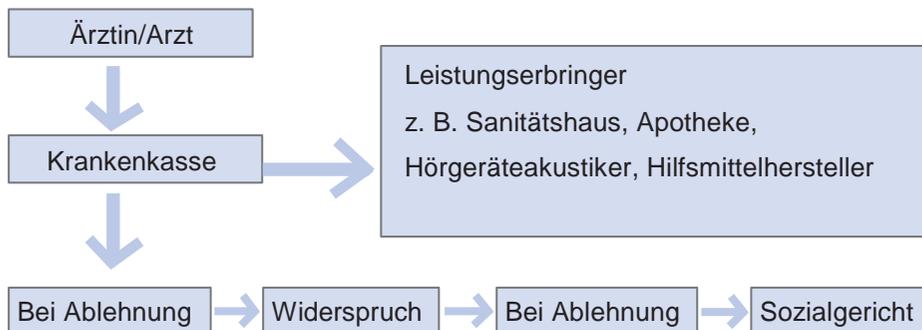
Dies unterscheidet Hilfsmittel von anderen Medizinprodukten, die beispielsweise von Ärztinnen und Ärzten angewendet werden, etwa Skalpelle.

Zu den **Hilfsmitteln** gehören somit z.B.:

Hörhilfen, Sehhilfen, Gehhilfen, Rollstühle, Inkontinenzprodukte, Kompressionsstrümpfe, orthopädische Schuhe etc. Es darf sich nicht um alltägliche Gebrauchsgegenstände handeln, auch wenn diese im konkreten Einzelfall wie ein Hilfsmittel eingesetzt werden.

Neben den Hilfsmitteln, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V für die Versicherten finanziert werden, gibt es verschiedene Pflegehilfsmittel, die der Erleichterung, der Pflege oder der Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen dienen oder eine selbstständige Lebensführung ermöglichen. Diese gehen zu Lasten der Pflegeversicherung nach dem SGB XI.

Der Weg zum Hilfsmittel



1. Ärztin/Arzt

Soll Ihr Hilfsmittel mit Hilfe der Krankenkasse finanziert werden, dann führt Sie der erste Weg immer zur Ärztin/zum Arzt, die/der ein Rezept über das Hilfsmittel ausstellt. Diese sollten auf eine möglichst detaillierte Begründung und Beschreibung des Hilfsmittels achten.

2. Krankenkasse

Wenn Sie eine Verordnung von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt erhalten haben, sollten Sie als Erstes mit Ihrer Krankenkasse Kontakt aufnehmen. Die Krankenkasse ist verpflichtet, Sie über ihre Vertragspartner und die wesentlichen Inhalte der abgeschlossenen Verträge zu informieren.

3. Leistungserbringer

Anschließend gehen Sie – in der Regel – mit der Verordnung zu einem Leistungserbringer. Dabei kann es sich beispielsweise um Sanitätshäuser, Apotheken oder Hörgeräteakustiker handeln, die Vertragspartner Ihrer Krankenkasse sein sollten. In berechtigten Ausnahmen können Sie einen anderen, nicht vertragsgebundenen, Leistungserbringer wählen. Ein solches Vorgehen ist denkbar, wenn es zum Beispiel zu allergischen Reaktionen, Schmerzen oder einer fehlenden Anpassung an die Körpergröße kommt, oder wenn Hilfsmittel nicht im Wohnumfeld eingesetzt werden können.



Allerdings müssen Sie damit rechnen, dass Sie eventuelle Mehrkosten selbst zu tragen haben, wenn Sie einen Leistungserbringer wählen, der nicht Vertragspartner Ihrer Krankenkasse ist.

Hinweis: Unter den **Vertragspartnern** Ihrer Krankenkasse haben Sie grundsätzlich die freie Wahl. Hat jedoch Ihre Krankenkasse mit Leistungserbringern oder ihren Zusammenschlüssen Verträge über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, so erfolgt die Versorgung durch den Vertragspartner, der von Ihrer Krankenkasse benannt wird. Es handelt sich dann um Versorgungsverträge, die aufgrund einer bereits durchgeführten Ausschreibung mit den Ausschreibungsgewinnern abgeschlossen worden sind.

Der Leistungserbringer sollte Sie umfassend über Ihre Möglichkeiten beraten. Er sollte Ihnen also sämtliche Hilfsmittelmodelle vorstellen, welche Ihre Krankenkasse auf Grundlage Ihrer ärztlichen Verordnung übernehmen kann, damit Sie ein geeignetes Hilfsmittel auswählen können.

Bei der **Auswahl des Hilfsmittels** haben Sie grundsätzlich die Wahl, soweit es sich um gleichermaßen geeignete und wirtschaftliche Hilfsmittel handelt.

Folgende Unterlagen werden in der Regel vom Leistungserbringer an/den Kostenträger geschickt:

- Ärztliche Verordnung
- Kostenvoranschlag für das Hilfsmittel

Wird das Hilfsmittel von der Krankenkasse bewilligt (siehe Punkt 4), übernimmt sie den mit dem Leistungserbringer vertraglich vereinbarten Preis.

Das Hilfsmittel sollten Sie ausreichend testen, um sicherzustellen, dass es sich um ein mangelfreies und geeignetes Produkt handelt. Ob das Hilfsmittel nach Einigung und Übergabe in Ihr **Eigentum** übergehen soll, kann Ihre Krankenkasse nach Ermessen entscheiden. Die Krankenkasse darf Ihnen das Hilfsmittel auch **leihweise** überlassen, was vor allem bei haltbaren Gegenständen, wie beispielsweise Gehstützen, oder bei größeren und teuren Hilfsmitteln, wie etwa Rollstühlen, vorkommt.

Zulässig sind auch sogenannte **Nebenbestimmungen**, mit denen die Bewilligung eines Hilfsmittels versehen werden darf. Danach kann die Krankenkasse von Ihnen verlangen, dass Sie sich das Hilfsmittel **anpassen** oder sich in seinem Gebrauch **ausbilden** lassen.

Mängel und Kritikpunkte bei der Hilfsmittelversorgung sollten Sie dem Leistungserbringer und gegebenenfalls der Krankenkasse schriftlich mitteilen mit der Bitte, diese zu beheben. Wird der Mangel nicht behoben, können Sie den Anspruch gegenüber der Krankenkasse mit einem schriftlich durchzuführenden Widerspruch geltend machen (siehe Punkt 7).

Für den Fall, dass mehrere therapeutisch gleichwertige und qualitativ anerkannte Angebote vorhanden sind, werden sogenannte **Festbeträge** festgelegt. Dabei handelt es sich um Höchstgrenzen, bis zu denen die Gesetzlichen Krankenkassen bestimmte Hilfsmittel nach § 36 SGB V bezahlen. Entscheiden Sie sich nach Absprache mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt für ein teureres Hilfsmittel, so müssen Sie den über den Festbetrag hinausgehenden Betrag – in der Regel – aus eigener Tasche zahlen.



4. Die Krankenkasse als Kostenträger

Üblicherweise ist die Gesetzliche Krankenversicherung Kostenträger für Ihr medizinisches Hilfsmittel. Die Feststellung über die Zuständigkeit hat die Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen zu treffen.

Die Krankenkasse muss prüfen, ob das verordnete Hilfsmittel zur Therapie oder zum Ausgleich einer Behinderung medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist. Da die Sachbearbeitung bei der Krankenkasse in der Regel nicht durch Mediziner/-innen erfolgt, wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet.

Kommt Ihre Krankenkasse zu dem Ergebnis, dass die Hilfsmittelversorgung erforderlich ist, so schickt sie Ihnen und dem Leistungserbringer jeweils einen Bewilligungsbescheid zu. Kommt die Krankenkasse zu dem Ergebnis, dass die Versorgung medizinisch nicht notwendig oder zu teuer ist, stellt sie Ihnen und dem Leistungserbringer einen Ablehnungsbescheid zu.

Holt Ihre Krankenkasse kein Gutachten über den Versorgungsbedarf ein, so hat sie innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang über den Antrag auf Kostenübernahme zu entscheiden.

Ist ein medizinisches Gutachten erforderlich, so hat die Krankenkasse innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Kann die Krankenkasse die Fristen nicht einhalten, so hat sie Ihnen dieses unter Darlegung "hinreichender" Gründe schriftlich mitzuteilen. Sind diese Gründe nicht "hinreichend", gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Wann ein "hinreichender Grund" vorliegt, ist im Einzelfall zu entscheiden und gerichtlich überprüfbar.

Es steht jedoch fest, dass die Krankenkasse sich nicht auf Gründe berufen kann, die in ihrem Verantwortungsbereich liegen, wie zum Beispiel Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung.

Als Antragsteller müssen Sie grundsätzlich diesen Beschaffungsweg einhalten und die Entscheidung der Krankenkasse abwarten.

Nach Ablauf der Frist können Sie sich eine erforderliche Leistung selbst beschaffen. Ihre Krankenkasse ist dann zur Erstattung der hierdurch tatsächlich entstandenen Kosten verpflichtet. Sie sind so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt. Auch in diesem Falle haben Sie jedoch die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung bzw. den entsprechenden Eigenanteil für das Hilfsmittel zu leisten und tragen für Leistungen, die über das Erforderliche hinausgehen, das Kostenrisiko selbst.

Sie haben außerdem Anspruch auf Kostenerstattung eines selbst beschafften Hilfsmittels (nach §13 SGB V in Verbindung mit § 15 SGB IX), wenn Ihnen die Krankenkasse dieses Hilfsmittel nicht rechtzeitig zur Verfügung stellt, obwohl aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubs besteht, es sich also um eine unaufschiebbare Leistung handelt. Allerdings muss auch in so einem Fall die Krankenkasse zuvor eingeschaltet werden. Außerdem haben Sie Anspruch auf Kostenerstattung, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und Sie deshalb das Hilfsmittel selbst besorgen mussten.

Bei einem Krankenkassenwechsel kann es insbesondere bei Neuverordnungen Probleme geben, wenn die alte Krankenkasse ihre Hilfsmittel zurückfordert und der Antragsprozess bei der neuen Krankenkasse von vorne losgeht. Grundsätzlich ist aber der alte Bescheid so lange gültig, bis er von einem neuen aufgehoben wird. Für Versicherte mit aufwendigen Spezialanfertigungen lohnt es sich, möglichst eine Krankenkasse zu suchen, die mit der alten Krankenkasse ein Abkommen über den Verbleib von Hilfsmitteln hat.



5. Eigenanteil

Bei den Gesetzlichen Krankenkassen haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, als Zuzahlung grundsätzlich zehn Prozent des Abgabepreises zu leisten, allerdings nicht mehr als zehn Euro, mindestens aber fünf Euro. In keinem Fall müssen Sie mehr als die Kosten des Hilfsmittels selbst bezahlen (§ 61 SGB V). Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, wie etwa Inkontinenzhilfen, liegt Ihr Eigenanteil bei zehn Prozent des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, jedoch höchstens zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf (§ 33 Abs. 8 SGB V).

Wenn Sie durch die von Ihnen zu leistenden Zuzahlungen unzumutbar belastet würden, können Sie von der Zuzahlungspflicht befreit werden. Dies ist grundsätzlich der Fall, wenn Ihre sämtlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr zwei Prozent Ihres Bruttoeinkommens überschreiten. Unter diesen Betrag fallen alle Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlungen, Arznei- und Verbandsmittel etc. Sind Sie chronisch erkrankt und befinden sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung, beträgt die jährliche Belastungsgrenze nur ein Prozent Ihres Bruttojahreseinkommens (§ 62 SGB V).

Einen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen erhalten Sie auf Nachfrage bei Ihrer Krankenkasse.

Den ausgefüllten Antrag gilt es dann mit den entsprechenden Einkommens- und Zuzahlungsbelegen jährlich bei Ihrer Krankenkasse zur Bearbeitung und Bewilligung einzureichen.

6. Die anderen Kostenträger

Spezielle Kostenträger können sein:

- Private Krankenversicherung (Versicherungsvertrag)
- Berufsgenossenschaft für Arbeits- und Wegeunfälle (§§ 26, 31 SGB VII)
- Versorgungsstellen der Länder für Kriegsoffer (§ 11 Bundesversorgungsgesetz)
- Bundesagentur für Arbeit für berufliche Hilfen (vgl. §§ 16 SGB II, 46 SGB III)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (§§ 16 SGB VI, 33 SGB IX)
- Integrationsämter (§§ 81, 84, 102 SGB IX)
- Sozialämter (vgl. §§ 47ff. SGB XII)

Die Besonderheiten bei der Hilfsmittelversorgung durch die vorgenannten Kostenträger können bei den entsprechenden Stellen erfragt werden.

Ein Kostenträger muss innerhalb von zwei Wochen entscheiden, ob er zuständig ist oder nicht. Sollte er sich nicht für zuständig halten, muss er den Antrag an den Kostenträger weiterleiten, den er für zuständig hält. Dieser muss dann auf jeden Fall handeln.

7. Widerspruchsverfahren

Gegen einen Ablehnungsbescheid können Sie grundsätzlich innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen. Die Widerspruchsfrist verlängert sich auf ein Jahr, wenn in diesem Bescheid eine entsprechende Belehrung über fristgemäß einzureichende Rechtsbehelfe (Rechtsbehelfsbelehrung) fehlt oder fehlerhaft ist.



Ihre Krankenkasse hat im Widerspruchsverfahren die Möglichkeit, die eigene Entscheidung auf Richtigkeit zu überprüfen. Hier wird oft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eingeschaltet.

Über Ihren Widerspruch entscheidet schließlich ein Widerspruchsausschuss, bestehend aus einer/ einem Krankenkassenmitarbeiter/-in und jeweils einer/einem Vertreter/-in von Seiten der Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Bewilligt die Krankenkasse die Versorgung, ergeht ein Abhilfebescheid. Lehnt die Krankenkasse erneut ab, ergeht ein Widerspruchsbescheid.

8. Sozialgericht

Gegen den Widerspruchsbescheid können Sie vor dem Sozialgericht Klage erheben.

Die Klage muss innerhalb eines Monats nach Erhalt des Widerspruchsbescheides beim Sozialgericht in schriftlicher Form eingehen – eine Übermittlung per E-Mail ist nicht rechtswirksam! Die Klage und alle Anträge im Laufe des Verfahrens können aber auch mündlich zur Niederschrift einer/eines Urkundsbeamtin/-beamten in der Rechtsantragsstelle des Sozialgerichts erklärt und dort aufgenommen werden. Bei Klageerhebung sollten Sie neben dem Bescheid, gegen den Sie sich wenden, angeben, was Sie mit der Klage erreichen wollen und aus welchen Gründen Sie den Bescheid der Krankenkasse für unzutreffend halten. Die/der Urkundsbeamtin/-beamte kann Ihnen hierbei behilflich sein.

Die Klageerhebung und das gesamte gerichtliche Verfahren sind für Versicherte, Sozialleistungsempfänger und Menschen mit Behinderung gerichtskostenfrei. Das gilt auch für Gutachten, die das Gericht zur Aufklärung für notwendig hält.

Die eigenen Kosten für die Prozessführung müssen Sie selbst tragen. Dazu gehören beispielsweise Porto, Telefonkosten, Fahrtkosten, Kopierkosten, das Honorar einer/eines von Ihnen beauftragten Rechtsanwältin/Rechtsanwaltes oder für ein von Ihnen beantragtes Gutachten. Solche Aufwendungen werden in der Regel nur dann ganz oder teilweise erstattet, wenn der Prozess gewonnen wird. Unter bestimmten Voraussetzungen, etwa geringes Einkommen und Erfolgsaussicht der Klage, kann das Gericht auf Antrag hin Prozesskostenhilfe bewilligen und eine Rechtsanwältin/einen Rechtsanwalt beordnen.

9. Beispiele aus der Praxis

Sachverhalt: Die Gehfähigkeit von Frau Blum ist stark eingeschränkt. Ohne Hilfsmittel ist sie nicht in der Lage, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um beispielsweise einkaufen zu gehen oder sich an der frischen Luft zu bewegen. Sie spricht mit ihrer/ihrer behandelnden Ärztin/Arzt darüber. Diese/r stellt ihr eine Verordnung für einen Elektrorollstuhl mit einer Höchstgeschwindigkeit von zehn km/h aus. Mit dieser Verordnung geht Frau Blum zu ihrem Sanitätshaus um die Ecke, von dem sie bisher ihre Hilfsmittel bezogen hat. Dieses Sanitätshaus ist jedoch kein Vertragspartner ihrer gesetzlichen Krankenkasse.

Frage 1: In welchem Ausmaß übernimmt die Krankenkasse die Kosten für den Elektrorollstuhl?

Bei erheblichen Einschränkungen der Mobilität übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Rollstuhls (Voraussetzungen § 33 SGB V). Die Krankenkasse hat jedoch nur für einen Basisausgleich zu sorgen. Für Rollstühle gibt es keine Festbeträge, daher übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen

- 1) bei Vertragspartnern die Kosten bis maximal zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises und



- 2) bei Herstellern, mit denen keine Vertragspartnerschaft besteht, die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.

Der Rollstuhl soll den Bewegungsradius abdecken, den ein gesunder Mensch üblicherweise zu Fuß zurücklegt. Außerdem soll er eine Geschwindigkeit erreichen, die ein gesunder Mensch beim Gehen durchschnittlich erreicht. Frau Blum hat daher grundsätzlich Anspruch auf einen Elektrorollstuhl mit einer Standard-Fahrleistung von sechs km/h und nicht auf die verordnete Version, die eine Geschwindigkeit von zehn km/h erreicht. Ein Anspruch auf einen schnelleren Rollstuhl besteht grundsätzlich nicht. Es kann aber im Einzelfall medizinische Gründe geben, die eine derartige Ausstattung notwendig machen. Dies ist von den individuellen Verhältnissen abhängig, die in der Person bestehen müssen.

Im Falle von Frau Blum liegen keine derartigen Gründe vor. Sie möchte aber dennoch den Elektrorollstuhl in der Version, die zehn km/h schnell fährt. Die Krankenkasse muss den Preis für das Grundmodell (sechs km/h) übernehmen, die anfallenden Mehrkosten trägt Frau Blum.

Frage 2: Wer stellt den Elektrorollstuhl zur Verfügung?

Grundsätzlich muss Frau Blum bei ihrer Krankenkasse erfragen, wer als Vertragspartner in Frage kommt und die Versorgung mit dem Elektrorollstuhl übernehmen kann. Die Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, Verträge mit entsprechenden Leistungserbringern zu schließen. Nur diese Vertragspartner sollen eine adäquate Hilfsmittel-Versorgung für die Versicherten gewährleisten. Die Versorgung durch einen anderen, nicht vertragsgebundenen Anbieter soll nur möglich sein, wenn ein „berechtigtes Interesse“ vorliegt, etwa wenn der Vertragspartner der Kasse das benötigte Hilfsmittel nicht vorrätig hat. Der vertragsungebundene Leistungserbringer erhält allerdings nur die Vergütung des günstigsten Vertragspartners der Krankenkasse. Frau Blum müsste dann entstehende Mehrkosten selbst

tragen.

Frage 3: Welche Zusatzleistungen muss die Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Elektrorollstuhl übernehmen?

Die Krankenkasse muss neben dem Elektrorollstuhl auch den notwendigen Ladestrom für die Batterie, sowie nötige Reparaturen des Rollstuhls übernehmen, wenn es sich nicht um vorsätzliche oder grob fahrlässige Beschädigung handelt. Die Reparaturkosten werden in der Regel bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises übernommen.

Frage 4: Mit welchem Eigenanteil muss Frau Blum rechnen?

Als Zuzahlung muss Frau Blum in jedem Fall zehn Prozent des Abgabepreises leisten, jedoch maximal zehn Euro und mindestens fünf Euro, in keinem Fall mehr als die Kosten des Hilfsmittels selbst.

Frau Blum kann aber unter Umständen von der Zuzahlungspflicht befreit werden, wenn sie dadurch unzumutbar belastet würde. Dies ist der Fall, wenn ihre sämtlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr zwei Prozent ihres Bruttoeinkommens übersteigen. Dazu zählen über die Zuzahlungen für das Hilfsmittel hinaus auch die Zuzahlungen im Krankenhaus, bei Medikamenten und allen weiteren gesetzlichen Zuzahlungen. Sofern Frau Blum unter einer chronischen Krankheit leidet und sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befindet, beträgt die jährliche Belastungsgrenze sogar nur ein Prozent ihres Bruttojahreseinkommens.

Einen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen kann sie bei ihrer Krankenkasse anfordern und dann mit den entsprechenden Einkommens- und Zuzahlungsbelegen dort zur Bearbeitung einreichen.



INTERNETADRESSEN

www.rehadat.de/gkv2/Gkv.KHS

Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation, Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherungen.

<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>

Aktuelles Hilfsmittelverzeichnis des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen.

www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/hilfsmittel/

Gemeinsamer Bundesausschuss, Hilfsmittel: Richtlinie, Verzeichnis, Gesetzliche Regelungen, Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses.

hilfsmittel.bag-selbsthilfe.de

Hilfsmittelseite der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe: Aktuelles, Allgemeines, Erstattungsfähigkeit, Herausforderungen für die Selbsthilfe, Einzelverträge und Ausschreibungen, häufig gestellte Fragen.

www.reha-servicestellen.de

Informationen zu Pflegehilfsmittel bei den Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger nach dem SGB IX.

www.kvwl.de/arzt/verordnung/hhm/hilfsmittel/index.htm

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe: zur Verordnung von Hilfsmitteln.

www.patientenberatung-wl.de

Patientinnen- und Patientenberatung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

BERATUNGSSTELLEN

Agentur für Arbeit

Werner-Bock-Straße 8 | 33602 Bielefeld

Telefon: 0800 4 5555 00 (Arbeitnehmer), 0800 4 5555 20 (Arbeitgeber)

Café 3b, Integrative Beratungs- und Begegnungsstätte für Behinderte

Feilenstraße 3 | 33602 Bielefeld

Telefon: (05 21) 6 02 02 | cafe3b@t-online.de

Gemeinsame Servicestelle bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Bahnhofstraße 28 | 33602 Bielefeld

Telefon: (05 21) 5254-0 (-411 oder 310) | rehaservicestelle-bielefeld@drv-westfalen.de

RSB, Referat für Studierende mit Behinderung und chronischen Erkrankungen, Universität Bielefeld

Universitätsstraße 25 | 33615 Bielefeld, Büro C1 – 186

Telefon: (05 21) 10 66 70 96 | info@rsb-bielefeld.de | Beratung nur für Studierende

Stadt Bielefeld, Beratungsstelle für Hörgeschädigte

Niederwall 23 (Neues Rathaus) | 33602 Bielefeld, 2. Etage, Flur C, Zimmer C 200

Telefon: (05 21) 51 29 53 | hoerbehi@bielefeld.de

Stadt Bielefeld, Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen

Niederwall 23 (Neues Rathaus) | 33602 Bielefeld, 1. Etage, Zimmer G 118

Telefon: (05 21) 51 50 51 | behindertenberatung@bielefeld.de

Stadt Bielefeld, Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf

Niederwall 23 (Neues Rathaus) | 33602 Bielefeld, 1. Etage, Flur B, Zimmer B 107 bis B 115

Telefon: (05 21) 51 68 06 | behindertenfuer@bielefeld.de



Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Regionale Beratungsstelle Bielefeld

Breite Straße 8 | 33602 Bielefeld

Telefon: (05 21) 13 35 61

SELBSTHILFEGRUPPEN

Aktiver Pflegetreff

Angelika Amman

Bodelschwinghstraße 324 | 33647 Bielefeld

Telefon: (05 21) 41 08 32 | angelika.ammann@t-online.de

Deutscher Schwerhörigenbund, Ortsverein Bielefeld e.V.

Elisabeth Aufderheide

Kurze Straße 36c | 33613 Bielefeld

Telefon: (0 52 06) 64 54 | info@hoerrohr.org

ILCO, Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs

+/- 35 (Jüngere ILCO) | Angelika Tappe

Telefon: (05 21) 9892154 | hptappe@unitybox.de

Detlef Wasmuth

Telefon: (05 21) 42 93 78 | d.wasmuth@online.de

Selbsthilfegruppe Ohrwürmchen Tinnitus

info@ohrwuermchen-tinnitus.de

SHG Lungenemphysem-COPD, Region OWL – Bielefeld

Peter Lentzen

Telefon: (05 21) 88 86 39 | p.lentzen@lungenemphysem-copd.de

Impressum

Herausgeber

Selbsthilfe-Kontaktstelle Bielefeld
Stapenhorststraße 5 | 33615 Bielefeld
Telefon: (05 21) 9 64 06 96
www.selbsthilfe-bielefeld.de

Gesundheitsladen Bielefeld e.V.
Breite Straße 8 | 33602
Bielefeld
Telefon: (05 21) 13 35 61
www.gesundheitsladen-bielefeld.de

Redaktion

Uwe Ohlrich (verantwortlich)
Antje Klötzler
Silke Karallus

Layout

Der Paritätische NRW
Landesgeschäftsstelle
Birgit Klewinghaus

