

## Müssen Versicherte im Monat 89 Euro für Windeln dazu bezahlen?

### Rechtliche Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung und Tipps für Betroffene

In Ausgabe 1/2011 von Das Band hatten wir unsere Leserinnen und Leser dazu aufgerufen, uns von ihren Problemen bei der Inkontinenzversorgung zu berichten. Viele Betroffene sind unserem Aufruf gefolgt. Immer wieder wurde uns geschildert, dass inkontinente Menschen teilweise drastische Aufzahlungen leisten müssen, um Hilfsmittel in der für sie medizinisch erforderlichen Menge und Qualität zu bekommen. Eine Familie berichtete, dass sie monatlich für Windeln 89 Euro dazu bezahlt. Das ergibt einen Jahresbetrag von 1.068 Euro! Die Rückmeldungen machen deutlich, dass die meisten Betroffenen leider nicht wissen, dass sie – abgesehen von den gesetzlich geregelten Zuzahlungen – keine weiteren Aufzahlungen für medizinisch erforderliche Hilfsmittel leisten müssen. Der nachfolgende Artikel beleuchtet deshalb die rechtlichen Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung und gibt Tipps für den Umgang mit Leistungserbringern und Krankenkassen. Der Fokus wird dabei auf die Versorgung mit Inkontinenzhilfen gerichtet.

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Hilfsmittel. Es gibt verschiedene Hilfsmittel, mit denen inkontinente Personen versorgt werden können. Dazu gehören zum Beispiel harnaufsaugende Hilfsmittel, wie Vorlagen, Pants oder Windeln – auch Windelhosen oder Inkontinenzslips genannt - oder harnableitende Hilfsmittel wie zum Beispiel Katheter. Da die meisten inkontinenten Menschen mit Windeln versorgt werden, wird allein dieser Begriff in den nachfolgenden Ausführungen verwendet.

### Versorgungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die zentrale Vorschrift, die den Anspruch auf Hilfsmittel für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung regelt, ist § 33 Sozialgesetzbuch V. Dort steht:

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, **die im Einzelfall erforderlich sind**, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen (...).“

Im sogenannten Hilfsmittelverzeichnis wird näher konkretisiert, unter welchen Voraussetzungen Windeln vom Arzt verordnet werden dürfen. Dort heißt es:

„Die Verordnung von Inkontinenzhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung kommt dann in Betracht, wenn eine mindestens mittelgradige (Richtwert: 100 ml in 4 Stunden) Harn- und/oder Stuhlinkontinenz vorliegt und der Einsatz der Inkontinenzhilfen

- medizinisch indiziert und
- im Einzelfall erforderlich ist und
- den Versicherten in die Lage versetzt, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen.

(...)

Ausschließlich der Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienende Produkte begründen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustands dauernde Bettlägerigkeit vorliegt und Inkontinenzhilfen allein aus hygienischen oder pflegerischen Gesichtspunkten zum Einsatz kommen.“

In den zuletzt genannten Fällen – also wenn es bei der Versorgung mit Windeln um die Erleichterung der Pflege geht – ist die gesetzliche Pflegekasse der zuständige Kostenträger.

### **Gesetzliche Zuzahlung**

Seit 2004 muss jeder, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist und das 18. Lebensjahr vollendet hat, Zuzahlungen zu allen Leistungen der Krankenkasse – sei es nun ärztliche Behandlung, häusliche Krankenpflege oder Hilfsmittel usw. - leisten. Lediglich Kinder und Jugendliche sind grundsätzlich von allen Zuzahlungen befreit. Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent der Kosten, wobei mindestens 5 Euro höchstens aber 10 Euro je Leistung zu zahlen sind.

Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel – dazu zählen auch Windeln – regelt § 33 Absatz 8 SGB V: „Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.“

#### **BEACHT!**

**Für Windeln in der medizinisch erforderlichen Qualität und Menge müssen Versicherte also maximal 10 Euro im Monat dazu bezahlen.**

Wie kommt es, dass viele Versicherte über diese gesetzliche Zuzahlung hinaus teilweise erhebliche Aufzahlungen für ihre Windeln leisten?

### **Leistungserbringer und Verträge**

Der Grund für diese hohen Aufzahlungen ist darin zu sehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen seit 2007 Verträge mit Leistungserbringern über die Lieferung von Hilfsmitteln schließen können. Leistungserbringer sind zum Beispiel Sanitätshäuser, Apotheken und Hersteller von Hilfsmitteln. Die Versicherten können die Hilfsmittel – also zum Beispiel die Windeln – grundsätzlich nur bei den Leistungserbringern beziehen, mit denen ihre Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat. Die Verträge kommen entweder

- im Wege der Ausschreibung oder
- durch sogenannte Verhandlungsverträge oder
- durch Vereinbarungen im Einzelfall zustande.

Bei den Ausschreibungsverträgen erhält in der Regel der günstigste Anbieter den Zuschlag. Die Versicherten können ihre Windeln in diesem Fall nur von diesem einen Anbieter beziehen. Verhandlungs-

verträge schließt die einzelne Krankenkasse dagegen mit einer Vielzahl von Leistungserbringern. Versicherte können in diesem Fall zwischen unterschiedlichen Anbietern wählen.

In den Verträgen verpflichtet sich der bzw. verpflichten sich die Vertragspartner der Krankenkasse die Versicherten ausreichend, zweckmäßig und ihrem Bedarf entsprechend mit Windeln zu versorgen. Die Windeln müssen außerdem bestimmten Produktstandards genügen, zum Beispiel hinsichtlich der Saugleistung und des Rücknässeschutzes. Geregelt ist in den Verträgen ferner, welche monatliche Vergütungspauschale Apotheken, Sanitätshäuser und andere Leistungserbringer von der Krankenkasse erhalten, wenn sie Versicherte mit Windeln versorgen. Die Pauschale variiert von 20 Euro bis zu 38 Euro.

**Beispiel:**

*Hat die Krankenkasse X mit dem Sanitätshaus Y vereinbart, dass dieses die Versicherten von X für 20 Euro im Monat mit Windeln versorgt, muss die Krankenkasse dem Sanitätshaus pro Versorgungsfall 20 Euro monatlich zahlen. Der Versicherte seinerseits muss der Krankenkasse hierfür eine monatliche Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten, in diesem Fall also einen Betrag von 2 Euro leisten. Der Einzug dieses Betrages erfolgt in der Regel über den Leistungserbringer.*

Die vertraglich vereinbarte Pauschale ist für jeden Versicherten gleich hoch. Es spielt keine Rolle, ob der Versicherte hochgradig oder vielleicht nur mittelgradig inkontinent ist. Auch für die Versorgung eines schwerstbehinderten Menschen mit Windeln erhält das Sanitätshaus also im vorgenannten Beispiel von der Krankenkasse nur 20 Euro monatlich vergütet.

**„Qualitätszuschlag“**

Dies wiederum führt dazu, dass einige Leistungserbringer nicht bereit sind, behinderte Menschen, die einen hohen Bedarf an Windeln haben, zu den vereinbarten Konditionen zu versorgen, obwohl sie hierzu vertraglich verpflichtet sind. Teilweise wird die Versorgung ganz abgelehnt, teilweise wird von den Versicherten unzulässigerweise eine Kostenbeteiligung verlangt, die häufig irreführend als „Qualitätszuschlag“ bezeichnet wird. Rein praktisch geschieht das dadurch, dass sich die Leistungserbringer eine Erklärung unterzeichnen lassen mit der Überschrift „Patientenerklärung – Wunsch auf höherwertige Versorgung“. Damit unterschreibt der Versicherte, dass er alle Mehrkosten selber trägt.

**Tipp:**

**Derartige Erklärungen sollten Versicherte nicht unterzeichnen. Denn letztlich bleiben sie auf den Kosten solcher Qualitätszuschläge alleine sitzen. Die Leistungserbringer sind auch ohne eine solche private Zusatzvereinbarung dazu verpflichtet, Versicherte mit Windeln in ausreichender Qualität und Menge zu versorgen. Versicherte sollten gegenüber der Krankenkasse auf diesem Anspruch bestehen.**

**Richtwerte für die erforderliche Menge von Windeln**

Oft erhalten Versicherte von ihrer Krankenkasse oder ihrem Leistungserbringer die Auskunft, dass ihnen nur maximal 150 Windeln pro Monat zustehen. Diese Aussage ist nicht zutreffend.

Hinsichtlich der monatlichen Menge von Windeln orientieren sich die Krankenkassen an den Empfehlungen des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK). Nach den Richtwerten des MDK (Stand 7. September 2005) beträgt der Verbrauch für Windeln pro Monat zwischen 120 und 150 Stück. Dies ergibt eine Tagesration von 4 – 5 Windeln.

Zu beachten ist, dass es sich hierbei lediglich um „Empfehlungen“ handelt. Weicht der tatsächliche Tagesbedarf eines inkontinenten Menschen aufgrund seiner Behinderung von dieser Empfehlung ab, besteht nach § 33 Sozialgesetzbuch V ein Rechtsanspruch auf die tatsächlich benötigte Menge geeigneter und medizinisch erforderlicher Windeln.

### **Handlungsempfehlung**

Versicherte sollten in jedem Fall auf ihrem Versorgungsanspruch bestehen. Die Leistungserbringer sind gegenüber der Krankenkasse vertraglich dazu verpflichtet, geeignete Windeln in der erforderlichen Menge zu leisten. Tun sie dies nicht, verhalten sie sich vertragswidrig. Derartige „schwarze Schafe“ sollten der Krankenkasse gemeldet werden. Diese hat dafür zu sorgen, dass die Leistungserbringer ihre vertraglichen Pflichten einhalten. Gegebenenfalls muss die Kasse den Vertrag kündigen, wenn sich ein Leistungserbringer wiederholt vertragsbrüchig verhält .

Sind die von den Vertragspartnern gelieferten Windeln mangelhaft, reicht die Anzahl der Windeln für die Versorgung nicht aus oder sind die Vertragspartner nur gegen Vereinbarung eines Qualitätszuschlages bereit, Versicherte angemessen zu versorgen empfiehlt es sich, bei den Krankenkassen Anträge auf Versorgung mit Inkontinenzhilfen von ausreichender Qualität und in ausreichender Stückzahl zu stellen. Begründen sollte man den Antrag unter anderem damit, dass das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg durch Urteil vom 15. November 2012 (Az. L 1 KR 263/11) entschieden hat, dass gesetzlich Krankenversicherte auf eine Windelversorgung durch den Vertragspartner ihrer Krankenkasse dann nicht beschränkt sind, wenn dessen Lieferungen unzureichend sind.

#### **TIPP:**

**Auf der Internetseite des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen [www.bvkm.de](http://www.bvkm.de) gibt es in der Rubrik „Recht und Politik“ unter dem Stichwort „Argumentationshilfen/Versorgung mit Inkontinenzhilfen“ hierzu einen Musterantrag für Ausschreibungsverträge und einen Musterantrag für Verhandlungsverträge. Beide Musteranträge können kostenlos heruntergeladen werden.**

Stand: Juli 2013

Autorin:

Katja Kruse  
Referentin für Sozialrecht