



Bundesministerium  
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit · 53107 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Auf dem Seidenberg 3 a  
53721 Siegburg

### Franz Knieps

Leiter der Abteilung 2  
Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung,  
Pflegeversicherung

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn  
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn  
11055 Berlin

Vorab per Fax: 02241 / 438835

<b>Gemeinsamer Bundesausschuss</b>			
Original:			
Kopie:			
Eingang: 16. Dez. 2008			UP
GF	M-VL	QS-V	AM
P/O	Recht	FB-Med.	Verw.

TEL +49 (0)228 99 441-2000 / 1330  
+49 (0)30 18441-2000 / 1330  
FAX +49 (0)228 99 441-4920 / 4847  
+49 (0)30 18441-4920 / 4847  
EMAIL franz.knieps@bmg.bund.de

213 - 44746 - 2  
Berlin, 16. Dezember 2008

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Oktober 2008 über die  
Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinien: Redaktionelle und inhaltliche Überarbeitung /  
Anpassung Sehhilfen

Sehr geehrte Damen und Herren,

der o. g. nach § 94 SGB V vorgelegte Beschluss wird **nicht beanstandet** und kann daher in  
Kraft treten.

Die Nichtbeanstandung wird jedoch mit folgenden **Auflagen** verbunden, die eine korrekte,  
vollständige und unmissverständliche Wiedergabe gesetzlicher Vorschriften sicherstellen  
sollen:

1. Die Ausführungen zum Versorgungsanspruch der Versicherten in § 3 Abs. 1 der  
Neufassung sind an das geltende Recht anzupassen.

#### Begründung:

§ 3 Abs. 1 der Neufassung nimmt lediglich Bezug auf § 33 SGB V und beschreibt daher  
den Versorgungsanspruch der Versicherten nur unvollständig. Die §§ 23 SGB V und 26  
SGB IX bleiben unberücksichtigt. Eine entsprechende Ergänzung wird für erforderlich  
erachtet. Hilfsmittel können beispielsweise auch dazu dienen, Pflegebedürftigkeit zu  
vermeiden oder zu verringern. Darüber hinaus wird auch der Regelungsinhalt des § 33  
SGB V nicht korrekt wiedergegeben. Die Formulierung "einer Behinderung

vorzubeugen" ist durch die Formulierung "einer drohenden Behinderung vorzubeugen" zu ersetzen.

2. Die Ausführungen zur Abgrenzung der Leistungen der Krankenkassen von den Leistungen anderer Kostenträger in § 3 Abs. 3 der Neufassung sind zu überarbeiten.

#### **Begründung:**

Soweit es um Grundbedürfnisse geht, können Leistungen der Krankenkassen auch die Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft fördern. Medizinische Rehabilitationsleistungen fallen nicht nur in die Zuständigkeit der Gesetzlichen Rentenversicherung. Ein Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln besteht nach § 40 Abs. 1 SGB XI nur, soweit Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Eine Leistungspflicht der Pflegekassen kommt danach nur in Betracht, soweit kein vorrangiger Anspruch gegenüber der Krankenkasse nach dem SGB V besteht. Auch bei stationärer Pflege ist im Einzelfall zu prüfen, ob ein individueller Anspruch gegenüber der Krankenkasse besteht oder die Hilfsmittel vom Träger der Einrichtung vorzuhalten sind. Für die in § 3 Abs. 3 unter den Buchstaben a, b, c, f und g genannten Leistungen muss daher klargestellt werden, dass ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse unberührt bleibt.

Darüber hinaus werden folgende **Hinweise** gegeben, um deren Beachtung der Gemeinsame Bundesausschuss gebeten wird:

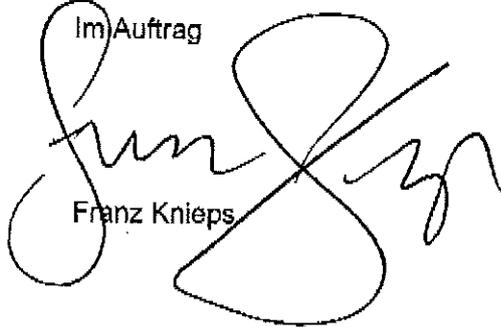
1. In § 4 Abs. 4 der Neufassung sollten auch die Verträge nach § 127 Abs. 3 SGB V genannt werden. Dies entspricht der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Rechtslage. Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist klargestellt worden, dass die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Qualitätsanforderungen auch dann zu beachten sind, wenn die Versorgung nach § 127 Abs. 3 SGB V auf der Grundlage einer Vereinbarung im Einzelfall erfolgt.
2. Aus hiesiger Sicht ist ferner nicht eindeutig erkennbar, ob sich § 7 Abs. 3 Sätze 3 und 4 der Neufassung (wie wohl beabsichtigt) auch auf die Verordnung von Hilfsmitteln beziehen, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind. Eine entsprechende Klarstellung wird empfohlen. Auch Patientenorganisationen sehen diesbezüglich Klarstellungsbedarf.

Seite 3 von 3

3. Es wird empfohlen, in der Neufassung an geeigneter Stelle noch einen Hinweis auf die bestehenden Wunsch- und Wahlmöglichkeiten der Versicherten unter verschiedenen Versorgungsalternativen und auf § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V (Möglichkeit der Entscheidung der Versicherten für eine höherwertige Versorgung gegen Übernahme der damit verbundenen Mehrkosten) aufzunehmen. Eine entsprechende Ergänzung wird für sinnvoll erachtet, da diese Regelungen für die Betroffenen einen hohen Stellenwert haben und nicht der Eindruck entstehen sollte, dass sie durch die Richtlinie quasi in Frage gestellt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Franz Knieps', written over the printed name.

Franz Knieps

#### **Rechtsbehelfsbelehrung**

Gegen diesen Bescheid kann binnen eines Monats nach Zugang schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Försterweg 2 – 6, 14482 Potsdam Klage erhoben werden.