



Der richtige Weg zum richtigen Hilfsmittel



**Eine Information für Selbsthilfegruppen
und für Patientinnen und Patienten**





INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Was sind Hilfsmittel?	2
Der Weg zum Hilfsmittel	3
1. Arzt	3
2. Krankenkasse	3
3. Leistungserbringer	3
4. Die Krankenkasse als Kostenträger	6
5. Eigenanteil	7
6. Die anderen Kostenträger	8
7. Widerspruchsverfahren	9
8. Sozialgericht	9
9. Beispiel aus der Praxis	10
Internetadressen und Beratungsstellen in Bielefeld	13-14
Selbsthilfegruppen	15
Impressum	16

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.

In dieser Broschüre wird 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 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 Januar 2010.



WAS SIND HILFSMITTEL?

Es gibt 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.

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

Darüber hinaus muss es sich um Produkte handeln, die der/die Versicherte selbst, d. h. in der Regel zu Hause anwendet.

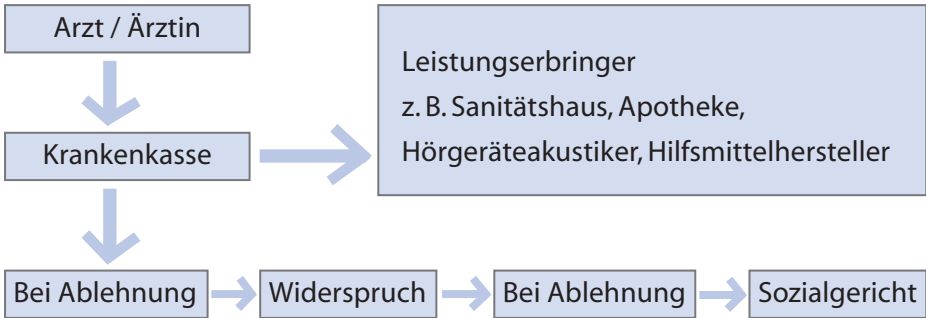
Dies unterscheidet Hilfsmittel von anderen Medizinprodukten, die beispielsweise von Ärztinnen und Ärzten angewendet werden (z. B. Skalpelle).

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

Hörgeräte, Sehhilfen, Gehhilfen, Rollstühle, Inkontinenzprodukte, Kompressionsstrümpfe, orthopädische Schuhe etc.

Neben den Hilfsmitteln, die zu Lasten 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 des/der Pflegebedürftigen dienen oder eine selbstständige Lebensführung ermöglichen. Diese gehen zu Lasten der Pflegeversicherung nach dem SGB XI.

DER WEG ZUM HILFSMITTEL



1. Arzt

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

2. Krankenkasse

Wenn Sie eine Verordnung von 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 mit der Verordnung – in der Regel – zu einem Leistungserbringer (z. B. Sanitätshaus, Apotheke, Hörgeräteakustiker), der Vertragspartner Ihrer Krankenkasse sein sollte. In berechtigten Ausnahmen können Sie einen anderen (nicht vertragsgebundenen) Leistungserbringer wählen. Das gilt z. B. (auch bei Hörgeräten und orthopädischen Schuhen) bei allergischen Reaktionen auf bestimmte Hilfsmittel, Schmerzen, fehlende



Anpassung an die Körpergröße oder Hilfsmittel, die im Wohnumfeld nicht eingesetzt werden können. Wählen Sie deshalb einen Leistungserbringer, der kein Vertragspartner Ihrer Krankenkasse ist, müssen Sie damit rechnen, dass Sie dadurch entstehende Mehrkosten selbst zu tragen haben.

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.

Allerdings kann es auch noch im Jahr 2010 vorkommen, dass Krankenkassen noch keine Verträge für jedes Hilfsmittel mit entsprechenden Leistungserbringern abgeschlossen haben. Da die Einführung und Umsetzung Zeit kostet, gibt es bis zum 30.06.2010 eine **Übergangsfrist**. In diesem Fall können alle Leistungserbringer, die am 31.03.2007 eine Zulassung als Hilfsmittelanbieter besaßen, bis zum 30.06.2010 aufgrund dieser Zulassung weiterhin Hilfsmittel abgeben. In der Regel erhält der Leistungserbringer in der Übergangszeit eine Vergütung in Höhe des niedrigsten Vertragspreises, höchstens den eventuell bestehenden Festbetrag.

Der Leistungserbringer sollte Sie umfassend über Ihre Möglichkeiten beraten, d. h. er sollte Ihnen 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 von dem 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, z.B. Rollstühlen vorkommt.

Zulässig sind auch so genannte **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 ggf. 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).

Festbeträge (Höchstgrenze, bis zu der die Gesetzlichen Krankenkassen bestimmte Hilfsmittel bezahlen.) werden durch die Krankenkassen nach § 36 SGB V festgesetzt für den Fall, dass mehrere therapeutisch gleichwertige und qualitativ anerkannte Angebote vorhanden sind. Entscheiden Sie sich nach Absprache mit 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. Weil der Sachbearbeiter bei der Krankenkasse in der Regel kein Mediziner ist, schaltet er den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) ein.

Kommt Ihre Krankenkasse zu dem Ergebnis, dass die Hilfsmittelversorgung erforderlich ist, so schickt sie Ihnen und dem Leistungserbringer jeweils einen Bewilligungsbescheid zu. Kommt sie 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 muss zunächst das Ergebnis abgewartet werden. Anschließend hat Ihre Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen über den Antrag zu entscheiden.

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

Nur wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung (bei der aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubs mehr besteht) nicht rechtzeitig erbringen kann (auch hier muss grundsätzlich die Krankenkasse zuvor eingeschaltet werden!) oder die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und Sie deshalb das Hilfsmittel selbst besorgen mussten, haben Sie einen Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 SGB V in Verbindung mit § 15 SGB IX.

Reagiert die Krankenkasse wochenlang gar nicht, können Sie nach sechs Monaten eine Untätigkeitsklage vor dem Sozialgericht erheben. Ist die Hilfsmittelversorgung lebensnotwendig oder kommt es ohne Hilfsmittel zu einer deutlichen Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes, können Sie vor dem Sozialgericht eine einstweilige Verfügung beantragen, um das Hilfsmittel bis zur Entscheidung der Krankenkasse vorläufig zur Verfügung zu bekommen.

Bei einem Krankenkassenwechsel kann es insbesondere bei Neuverordnungen Probleme geben, wenn die alte Krankenkassen ihre Hilfsmittel zurückfordert und der Antragsprozess bei der neuen Krankenkassen von vorne losgeht. Grundsätzlich gilt aber der Grundsatz, dass der alte Bescheid gültig ist, bis er von einem neuen aufgehoben wird. Für Versicherte mit aufwendigen Spezialanfertigungen lohnt es sich möglichst eine Krankenkassen zu suchen, die mit der alten Krankenkassen 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 10% des Abgabepreises zu leisten, allerdings nicht mehr als 10 Euro, mindestens aber 5 Euro. In keinem Fall müssen Sie mehr als die Kosten des Hilfsmittels selbst bezahlen (§ 61 SGB V). Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln wie z. B. Inkontinenzhilfen liegt Ihr Eigenanteil bei 10% des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, jedoch höchstens 10 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 der Fall, wenn Ihre sämtlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr (Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel etc.) 2% Ihres jährlichen Bruttoeinkommens überschreiten. Sind Sie chronisch erkrankt und befinden sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung, beträgt die jährliche Belastungsgrenze nur 1% 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 Kriegsofopfer (§ 11 Bundesversorgungsgesetz)
- Bundesagentur für Arbeit für berufliche Hilfen (vgl. §§ 97ff. SGB III, 16 SGB II)
- 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 abgerufen bzw. 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 MDK eingeschaltet.

Über Ihren Widerspruch entscheidet schließlich ein Widerspruchsausschuss, bestehend aus einem Krankenkassenmitarbeiter, einem Arbeitgeber- und einem Arbeitnehmervertreter.

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 (eine Übermittlung per E-Mail ist nicht rechtswirksam!!!) eingehen. Die Klage und alle Anträge im Laufe des Verfahrens können aber auch mündlich zur Niederschrift eines Urkundsbeamten 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. Der Urkundsbeamte kann Ihnen hierbei behilflich sein.



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

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

9. Beispiel 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 z.B. Einkaufen zu gehen oder sich an der frischen Luft zu bewegen. Sie spricht mit ihrem behandelnden Arzt darüber. Dieser stellt ihr eine Verordnung für einen Elektrorollstuhl mit einer Höchstgeschwindigkeit von 10 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 nicht Vertragspartnern: die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.

Der Rollstuhl soll den Bewegungsradius abdecken, den ein Gesunder üblicherweise zu Fuß zurücklegt und die Geschwindigkeit, die ein Gesunder regelmäßig beim Gehen durchschnittlich erreicht. Frau Blum hat daher grundsätzlich Anspruch auf einen Elektrorollstuhl mit einer Standard-Fahrleistung von 6 km/h und nicht auf die verordnete 10 km/h Version.

Einen Anspruch auf einen Rollstuhl, mit dem man „besonders schnell vorwärts kommt“, 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 10 km/h Version. Die Krankenkasse muss den Preis für das Grundmodell (6 km/h Version) 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 (z. B. 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.

Sollte Frau Blums Krankenkasse noch keinen Vertrag mit einem entsprechenden Leistungserbringer abgeschlossen haben, gibt es bis zum 30.06.2010 eine Übergangsregelung, nach der sie unter Umständen auch durch einen nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer versorgt werden könnte, sofern dieser am 31.03.2007 über eine Kassenzulassung verfügte (s. Hinweis unter Punkt 3).

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, wenn es sich nicht um vorsätzliche oder grob fahrlässige Beschädigung handelt, übernehmen. Die Reparaturkosten werden in der Regel bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises übernommen.

Frage 4: Mit welcher Eigenleistung muss Frau Blum rechnen?

Als Zuzahlung muss Frau Blum 10% des Abgabepreises leisten, jedoch maximal 10 Euro und mindestens 5 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, d.h. über die Zuzahlungen für Hilfsmittel hinaus auch die Zuzahlungen im Krankenhaus, bei den Medikamenten etc. 2% ihres jährlichen Bruttoeinkommens überschreiten. Sofern Frau Blum unter einer chronischen Krankheit leidet und sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befindet, beträgt die jährliche Belastungsgrenze sogar nur 1% ihres Bruttojahreseinkommens.

Einen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen kann sie sich von 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, GKV-Hilfsmittelverzeichnis.

www.gkv-spitzenverband.de

Aktuelles_Hilfsmittelverzeichnis.gkvnet: GKV-Spitzenverband, aktuelles Hilfsmittelverzeichnis.

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

Gemeinsamer Bundesausschuss, Hilfsmittel: Richtlinie, Verzeichnis, Gesetzliche Regelungen, Aufgabe des G-BA.

www.gkv.info

Die Gesetzlichen Krankenkassen, Hilfs- und Pflegemittelverzeichnis inkl. Nachträge der Gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen.

www.hilfsmittel.bag-selbsthilfe.de

Hilfsmittelseite der 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/verzeichnis.htm

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe: zur Verordnung von Hilfsmitteln.



BERATUNGSSTELLEN

Agentur für Arbeit Bielefeld

Werner-Bock-Straße 8 | 33602 Bielefeld

Telefon: 0 18 01 55 51 11 | Bielefeld@arbeitsagentur.de

(Festnetzpreis 3,9 ct/min; Mobilfunkpreise abweichend. Ab 01.03.2010 gilt: Mobilfunkpreise höchstens 42 ct/min)

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) 52 52 -309 (-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

Telefon: (05 21) 51 29 53; (05 21) 51 21 38 | hoerbehi@bielefeld.de

Stadt Bielefeld, Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen

Niederwall 23 (Neues Rathaus) | 33602 Bielefeld

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

Stadt Bielefeld, Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf

Niederwall 23 (Neues Rathaus) | 33602 Bielefeld

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 | bielefeld@upd-online.de

SELBSTHILFEGRUPPEN

Aktiver Pflegetreff

Angelika Ammann

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

Deutscher Schwerhörigenbund, Ortsverein Bielefeld e. V.

Kurze Straße 36c | 33613 Bielefeld

Telefon: (0 52 06) 64 54 | h.aufderheide@web.de

ILCO, Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs

Claus Bruckmann

Telefon: (05 21) 29 75 77 | c.bruckmann@bitel.net

Selbsthilfegruppe Ohrwürmchen Tinnitus

Telefon: (05 21) 3 84 06 44 | 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



www.selbsthilfe-bielefeld.de | www.gesundheitsladen-bielefeld.de

