Liste von allgemeinen Gerichtsentscheidungen zum Thema „**Hilfsmittel**“, die für Menschen mit Behinderung interessant sein können

(Letzte Bearbeitung: 05.01.2024)

Datum	**Gericht und Aktenzeichen**	**Kernaussage bzw. Stichworte zum Inhalt*** Für die Richtigkeit kann keine Gewähr übernommen werden!	**Aufnahme der Entscheidung in diese Liste**
30.11.2023	BSG in Kassel, Az.: B 3 P 5/22	**Abgrenzung zwischen Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung und Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich** Eine von der Pflegeversicherung zu bezuschussende Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds zielt auf eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des Menschen mit Behinderung ab und wäre in einer anderen Wohnumgebung nicht unbedingt in gleicher Art und Weise notwendig. Alle anderen Hilfsmittel müssen von der Krankenversicherung (vollständig) finanziert werden. Ein Hilfsmittel, das unabhängig von der konkreten Wohnumgebung benötigt wird, zählt jedoch ausnahmsweise immer dann als Maßnahme zur Wohnumfeldverbesserung, wenn es so fest in die konkrete Wohnumgebung eingebaut ist, dass es bei einem Umzug regelmäßig am alten Ort verbleibt, weil der Ausbau so aufwendig wäre, dass die Mitnahme nicht sinnvoll erscheint. Im konkreten Fall ging es um eine videogestützte Anlage zur Öffnung der Haustür. Die Kosten hierfür müssen in voller Höhe von der Krankenversicherung übernommen werden, da es sich um ein ortsunabhängig erforderliches Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich handelt.	05.01.2024
14.06.2023	BSG in Kassel, Az.: B 3 KR 8/21 R	**Leistungspflicht der Krankenkasse auch für (noch) nicht zugelassene Hilfsmittel** Die Krankenkasse muss auch dann die Kosten für Hilfsmittel übernehmen, wenn sie (noch) nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geprüft bzw. zugelassen worden sind. Dies gilt allerdings nur, wenn das (neue) Hilfsmittel im Vergleich mit bereits etablierten Hilfsmitteln keine wesentlichen, bisher nicht geprüften Änderungen aufweist.	05.01.2024

		Im konkreten Fall ging es um den Steh- und Gehtrainer Innowalk.	
27.11.2020	LSG Berlin-Brandenburg, Az.: L 1 KR 156/18	**Wetterschutzverdeck für Elektromobil auf Kosten der Krankenkasse** Die Verpflichtung der Krankenkasse, eine Person zum Ausgleich ihrer Behinderung mit Hilfsmitteln zu versorgen, schließt auch Zubehörteile mit ein, ohne die das Hilfsmittel nicht oder nicht zweckentsprechend benutzt werden kann. Im konkreten Fall ging es um ein Wetterschutzverdeck für ein Elektromobil, das erforderlich ist, um auch bei schlechtem Wetter Besorgungen zu erledigen.	16.07.2021
10.09.2020	BSG in Kassel, Az.: B 3 KR 15/19 R	**Krankenkasse muss Kosten für GPS-Uhr übernehmen** ● Bei einer Person mit einer geistigen Behinderung und Weglauftendenz muss die Krankenkasse die Kosten für eine GPS-Uhr übernehmen, die Alarm auslöst, sobald die Person einen bestimmten Aufenthaltsbereich verlässt. Mit einer solchen Uhr kann sich die Person selbstbestimmt im Nahbereich bewegen (=Grundbedürfnis nach Mobilität). Begründet wurde die Entscheidung unter Bezugnahme auf den neuen Behinderungsbegriff, der das Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe in den Vordergrund rückt: Das Gerät mildere die Folgen der geistigen Behinderung ab, indem es (mehr) Mobilität und Bewegungsfreiheit für die betroffene Person ermöglicht. (Anders als bei geistig gesunden Menschen sei in dieser Konstellation gerade keine Freiheitsentziehung zu sehen. Denn die Selbstbestimmung der räumlichen Freiheit sei zwar durch die digitale Überwachung eingeschränkt, jedoch erlaube es die Ortungsfunktion des GPS-Systems überhaupt erst einen gewissen Bewegungsradius zu eröffnen, der ohne Ausrüstung mit einem GPS-System verwehrt sei). ● Bei dem Hilfsmittel-Verzeichnis des Spitzenverbands der GKV handelt es sich um eine unverbindliche Auslegungs- und Orientierungshilfe für die medizinische Praxis und nicht um eine abschließende Liste, welche die Leistungspflicht der Kranken- und Pflegekassen beschränkt. ● Bei der GPS-Uhr handelt es sich um eine vom Hersteller speziell für Demenzkranke bzw. für Menschen mit eingeschränkter Orientierungsfähigkeit entwickelte Uhr – und damit nicht um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, dessen Kostenübernahme durch die Krankenkasse ausgeschlossen ist. Von ihrem Zweck her ist diese Uhr auf die Bedürfnisse kranker bzw. behinderter Menschen ausgerichtet und übersteigt die Funktionen einer handelsüblichen GPS-Uhr.	23.03.2023
26.05.2020	BSG in Kassel, Az.: B 1 KR 9/18	**Bei Genehmigungsfiktion nur noch Anspruch auf Kostenerstattung bis zum Erhalt eines (Ablehnungs-)Bescheides** Wenn die Krankenkasse die Frist versäumt hat, einen Leistungsantrag zu	26.06.2020

		genehmigen bzw. abzulehnen (drei Wochen bzw. fünf Wochen, wenn ein Gutachten eingeholt werden muss), muss die Krankenkasse die Kosten nur noch dann übernehmen, wenn sich die versicherte Person die beantragte Leistung im Zeitraum zwischen Fristablauf und Erhalt eines Bescheides selber beschafft hat. Wenn die versicherte Person kein Geld hat, um sich die Leistung (rechtzeitig) selber zu beschaffen, hat sie im Gegensatz zur bisherigen Rechtsprechung keinen Anspruch mehr darauf, dass die Krankenkasse die strittige Leistung als Sachleistung gewährt.	
13.05.2020	Bayerisches LSG, Az.: L 5 KR 642/19	**Ein Antrag kann nicht allein deshalb abgelehnt werden, um den Eintritt der Genehmigungsfiktion zu verhindern** Ein Ablehnungsbescheid, der damit begründet wird, dass die Entscheidungsfrist wegen fehlender Unterlagen nicht eingehalten werden kann und dass zu gegebener Zeit erneut über den Antrag entschieden wird, ist wegen Verletzung der Amtsermittlungspflicht rechtswidrig. Der*die Antragsteller*in kann sich die beantragte Leistung nach Ablauf von drei bzw. fünf Wochen selber beschaffen und hat einen Anspruch auf Kostenerstattung.	07.07.2020
08.10.2019	SG Nürnberg, Az.: S 3 KR 16/19	**Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel** Bei einem Hilfsmittel, das einem *unmittelbaren Behinderungsausgleich* dient, gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Deshalb kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend, solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig im Sinne des Gleichziehens mit einem nicht behinderten Menschen erreicht ist. Die Kosten des Hilfsmittels sind nur dann entscheidungsrelevant, wenn zwei tatsächlich gleichwertige, aber unterschiedlich teure Hilfsmittel zur Wahl stehen. Im konkreten Fall ging es um ein künstliches Kniegelenk.	04.03.2021
25.09.2019	LSG für das Saarland, Az.: L 2 KR 49/18	**Genehmigungsfiktion für Hilfsmittel mit Doppelfunktion** Die Genehmigungsfiktion gilt nach dem Urteil des BSG vom 15.03.2018 nur noch für Hilfsmittel, die der Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung dienen (und nicht mehr für Hilfsmittel, die eine Behinderung ausgleichen). Sie gilt aber weiterhin für Hilfsmittel, die beide Funktionen erfüllen. Im konkreten Fall ging es um die Bewilligung von Flaschen mit Flüssigsauerstoff, die im Vergleich mit einem Sauerstoffkonzentrator leichter	28.02.2021

		zu transportieren sind.	
26.02.2019	BSG in Kassel, Az.: B 1 KR 23/18 R bzw. Az.: B 1 KR 24/18 R	**ACHTUNG – geänderte Rechtsprechung seit 26.05.2020:** **Krankenkasse muss nur noch Kosten erstatten, der Erhalt eines Bescheides hebt die Genehmigungsfiktion auf.** **Genehmigungsfiktion gilt auch für Arzneimittel** Ähnliches wie für Hilfsmittel, die der Krankenbehandlung dienen, gilt auch für Arzneimittel: Wird ein Medikament beantragt, das mehr kostet, als der von der Krankenkasse übernommene Festbetrag, und lehnt die Krankenkasse diesen Antrag nicht innerhalb der festgelegten Frist ab (drei beziehungsweise fünf Wochen [wenn ein Gutachten erforderlich ist und dies dem*der Versicherten mitgeteilt wird]), so muss die Krankenkasse die anfallenden Kosten in voller Höhe übernehmen. Dies gilt auch dann, wenn ein ähnliches kostengünstigeres Medikament – meist ein Generikum – vorhanden wäre. Voraussetzung ist jedoch eine arzneimittelrechtliche Zulassung des beantragten Arzneimittels. Eine Rücknahme der Genehmigungsfiktion ist nicht möglich.	25.02.2020, ergänzt am 26.06.2020
08.11.2018	LSG Rheinland-Pfalz, Az.: L 5 KR 21/18	**Definition von Hilfsmitteln zur Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung** Damit ein Hilfsmittel bei fehlender Reaktion der Krankenkasse nach einer bestimmten Frist als genehmigt gilt, ist es nach den Urteilen des Bundes-sozialgerichts vom 15.03.2018 (s. u.) notwendig, dass es sich um ein Hilfs-mittel zur Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung (und nicht um ein Hilfsmittel zum Ausgleich oder der Vorbeugung einer Behinderung) handelt. Um ein Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung bzw. zur Krankenbehandlung selber handelt es sich immer dann, wenn mit dem Hilfsmittel positiv auf eine Krankheit eingewirkt werden soll. Dabei kann eine Krankenbehandlung auch darin bestehen, einen Therapieerfolg herbei zu führen bzw. zu sichern, eine Verschlimmerung der Krankheit bzw. Behinde-rung zu verhindern, oder Beschwerden zu lindern.	17.01.2019
15.03.2018	BSG in Kassel, Az.: B 3 KR 4/16 R / B 3 KR 18/17 R / B 3 KR 12/17 R	**ACHTUNG – geänderte Rechtsprechung seit 26.05.2020:** **Krankenkasse muss nur noch Kosten erstatten, der Erhalt eines Bescheides hebt die Genehmigungsfiktion auf** **Genehmigungsfiktion gilt nur (noch) für bestimmte Hilfsmittel** Die Genehmigungsfiktion, nach der ein Hilfsmittel als bewilligt gilt, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von 3 Wochen (oder bei Einschaltung eines Gutachters innerhalb von 5 Wochen) über den Antrag entschieden hat, gilt	14.06.2018, ergänzt am 26.06.2020

		nur (noch) für Hilfsmittel, die der Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung dienen, und für Hilfsmittel, die zur Erfüllung eines festgelegten Therapieplans erforderlich sind. Die Genehmigungsfiktion gilt nicht (mehr) für Hilfsmittel, die eine Teilhabebeeinträchtigung ausgleichen (z.B. für Rollstühle). https://www.kobinet-nachrichten.org/de/1/nachrichten/38007/Drei-Wochen-Frist-f%C3%BCr-Antr%C3%A4ge-auf-Hilfsmittel-gekippt.htm	
23.10.2017	Bayerisches LSG, Az.: L 4 KR 349/17	**Qualität von Hilfsmitteln** Bei Hilfsmitteln, die einem unmittelbaren Behinderungsausgleich dienen (d. h. wenn die Ausübung der beeinträchtigten Körperfunktion ermöglicht, ersetzt oder erleichtert wird), ist die Krankenversicherung verpflichtet, das Hilfsmittel zu finanzieren, das eine Behinderung möglichst weitgehend ausgleicht. Dabei muss der aktuelle Stand des medizinischen und technischen Fortschritts berücksichtigt werden. (In dem Urteil wird noch einmal klargestellt, dass das beantragte Hilfsmittel nicht im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung gelistet sein muss, um von einer Krankenkasse finanziert zu werden. Allerdings muss die Wirksamkeit des Hilfsmittels durch medizinisch-technische Studien nachgewiesen worden sein.)	20.06.2018
11.07.2017	BSG in Kassel, Az.: B 1 KR 26/16 R	**ACHTUNG: Diese Entscheidung gilt nach dem Urteil vom 15.03.2018 nur für bestimmte Hilfs- und Heilmittel. Nach dem Urteil vom 26.05.2020 muss die Krankenkasse nur noch Kosten erstatten und der Erhalt eines Bescheides hebt die Genehmigungsfiktion wieder auf.** **Genehmigungsfiktion** Eine Krankenkasse kann das Eintreten einer Genehmigungsfiktion (= Bewilligung einer Leistung wegen verspäteter Entscheidung der Krankenkasse) nur dann aufhalten, wenn die Krankenkasse einen Grund für eine verspätete Entscheidung benennt und den genauen Tag einer voraussichtlichen Entscheidung angibt. Diese Vorgehensweise kann die Krankenkasse mehrmals wiederholen. Tritt die Genehmigungsfiktion in Kraft, muss die Krankenkasse die beantragte Leistung bzw. das beantragte Hilfsmittel entweder finanzieren oder die Kosten dafür erstatten.	22.06.2018 ergänzt am 26.06.2020
27.06.2017	Bayerisches LSG, Az.: L 5 KR 260/16	**ACHTUNG: Diese Entscheidung gilt nach dem Urteil vom 15.03.2018 nur für bestimmte Hilfs- und Heilmittel. Nach dem Urteil vom 26.05.2020 muss die Krankenkasse nur noch Kosten erstatten und der Erhalt eines Bescheides hebt die Genehmigungsfiktion wieder auf.** **Bewilligung von Leistungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung**	12.01.2018 ergänzt am 26.06.2020

		Gemäß dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 08.03.2016 (Kurzzusammenfassung siehe unten) gilt eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung dann als genehmigt, wenn die Krankenkasse den Antrag nicht innerhalb von drei Wochen (bzw. innerhalb von fünf Wochen, wenn ein Gutachten eingeholt werden muss) abgelehnt hat. ● Damit die Fünf-Wochen-Frist gilt, genügt es nicht, dass die Krankenkasse dem*der Antragsteller*in lediglich mitteilt, dass sie beabsichtigt, ein Gutachten einzuholen. Vielmehr muss die Krankenkasse schriftlich darauf hinweisen, dass sie dies beabsichtigt und dadurch die Drei-Wochen-Frist nicht eingehalten werden kann. Außerdem muss begründet werden, warum ein Gutachten eingeholt werden soll. ● Die Begutachtung von Leistungsfragen ist ausschließlich eine Aufgabe des Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Diese Aufgabe kann nicht an andere Gutachterdienste, berufsständige Selbstverwaltungskörperschaften oder einzelnen Gutachter*innen übertragen werden. ● Einer Genehmigung, die durch Verstreichen der Entscheidungsfrist zustande gekommen ist, kann keine höhere Bestandskraft zukommen als einer Genehmigung, die innerhalb der Entscheidungsfrist erteilt wird. Das heißt, dass es möglich sein muss, dass sie zurückgenommen werden kann. Ein Rücknahmebescheid ist jedoch nur dann rechtskräftig, wenn die Krankenkasse darin begründet, dass sie keinen Ermessensspielraum hat, um die beantragte Leistung zu übernehmen.	
25.01.2017	BSG in Kassel, Az.: B 3 P 4/16 R bzw. B 3 P 2/15 R	**Kosten für die Reparatur von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen** Die Pflegekasse bezuschusst wohnumfeldverbessernde Maßnahmen mit zurzeit bis zu 4000 Euro. Wird dieser Betrag für die Finanzierung einer solchen Maßnahme nicht ausgeschöpft, kann der Restbetrag für Reparaturkosten verwendet werden, die im Zusammenhang mit dieser Maßnahme stehen.	11.05.2017
28.06.2016	Bayerisches LSG, Az.: L 5 KR 323/14	**ACHTUNG: Diese Entscheidung gilt nach dem Urteil vom 15.03.2018 nur für bestimmte Hilfs- und Heilmittel. Nach dem Urteil vom 26.05.2020 muss die Krankenkasse nur noch Kosten erstatten und der Erhalt eines Bescheides hebt die Genehmigungsfiktion wieder auf.** **Genehmigung von Hilfsmitteln** Die Genehmigungsfiktion (siehe Urteil des Bundessozialgerichts vom 08.03.2016) tritt auch dann ein, wenn das beantragte Hilfsmittel nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liegt. Obwohl die GKV nur dazu verpflichtet ist, notwendige Leistungen zum Ausgleich einer Behinderung zu erbringen, gilt	26.01.2017 ergänzt am 26.06.2020

		die Genehmigungsfiktion auch für Hilfsmittel, die mehr leisten. Eine Genehmigungsfiktion ist ein rechtmäßig begünstigender Verwaltungsakt und kann nicht so einfach widerrufen werden. Sie kann insbesondere dann nicht widerrufen werden, wenn sich die behinderte Person das Hilfsmittel aus eigenen Vermögen beschafft hat und es nur mit finanziellen Einbußen wieder verkaufen könnte. Da es gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz verstoßen würde, wohlhabende Menschen (die das Hilfsmittel vorfinanzieren können) zu bevorzugen, kann die Genehmigungsfiktion auch gegenüber mittellosen Versicherten nicht ohne weiteres widerrufen werden.	
21.06.2016	SG Aachen, Az.: S 13 KR 292/14	**ACHTUNG: Diese Entscheidung gilt nach dem Urteil vom 15.03.2018 nur für bestimmte Hilfs- und Heilmittel. Nach dem Urteil vom 26.05.2020 muss die Krankenkasse nur noch Kosten erstatten und der Erhalt eines Bescheides hebt die Genehmigungsfiktion wieder auf.** **Genehmigung von Hilfsmitteln** Ein Hilfsmittel gilt dann als genehmigt bzw. muss finanziert werden, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von 3 Wochen (bei Einholung eines Gutachtens: innerhalb von 5 Wochen) über den entsprechenden Antrag entscheidet (= Genehmigungsfiktion). Dies gilt auch dann, - wenn die Krankenkasse dem/der Antragsteller/in nicht innerhalb von 3 Wochen nach Antragstellung mitteilt, dass sie beabsichtigt, eine Stellungnahme des MDK einzuholen, - wenn die Krankenkasse in dieser Frist um die Einreichung weiterer Unterlagen bittet, aber nicht deutlich macht, dass die Entscheidung nicht fristgerecht erfolgen kann, wenn die Unterlagen nicht eingereicht werden, - wenn das beantragte Hilfsmittel über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse hinausgeht, aber nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt.	06.10.2016 ergänzt am 26.06.2020
08.03.2016	BSG in Kassel, Az.: B 1 KR 25/15 R	**ACHTUNG: Diese Entscheidung gilt nach dem Urteil vom 15.03.2018 nur für bestimmte Hilfs- und Heilmittel. Nach dem Urteil vom 26.05.2020 muss die Krankenkasse nur noch Kosten erstatten und der Erhalt eines Bescheides hebt die Genehmigungsfiktion wieder auf.** **Leistungsantrag an die Krankenkasse gilt nach 3 Wochen ohne Reaktion als genehmigt** Wird bei der Krankenkasse ein Antrag auf Leistungen gestellt, die grundsätzlich in das Leistungsspektrum der Krankenkasse gehören, muss diese innerhalb von 3 Wochen auf den Antrag reagieren. Andernfalls gilt die Leistung als genehmigt und die Krankenkasse muss die Kosten erstatten, die dem*der	07.09.2016, ergänzt am 17.05.2017 und am 26.06.2020

		Versicherten entstanden sind bzw. entstehen, wenn er*sie sich die Leistung(en) selbstbeschafft (hat). Bei dauerhaften Leistungen (z. B. Therapien) gilt dies so lange, bis die fiktive Genehmigung zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder sich durch Zeitablauf auf andere Weise erledigt hat. So hat sich z. B. eine fingierte Genehmigung auf andere Weise erledigt, wenn die ursprünglich behandlungsbedürftige Krankheit nach ärztlicher, dem Betroffenen bekannter Einschätzung vollständig geheilt ist.	
03.06.2014	SG München, Az.: S 28 KR 757/13	**Finanzierung von Zubehör für Hilfsmittel** Versicherte haben neben dem Anspruch auf die Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln grundsätzlich auch einen Anspruch auf die Versorgung mit Zubehörteilen, wenn sie zum Gebrauch des Hilfsmittels erforderlich sind. (Im konkreten Fall ging es um die Finanzierung eines Akku-Kompressors zum Aufpumpen der Rollstuhlreifen.)	22.01.2015
04.11.2013	LSG Niedersachsen-Bremen, Az.: L 2 R 438/13 ER	**zeitnahe Versorgung mit Hilfsmitteln** Wenn Krankenkasse oder Rentenversicherung bei der Bereitstellung eines Hilfsmittels (im entschiedenem Fall ging es um ein Hörgerät) trödeln, können sie per Eilentscheid zur sofortigen Versorgung gezwungen werden.	15.05.2014
10.03.2011	BSG in Kassel, Az.: B 3 KR 9/10 R	**Übernahme eines Hilfsmittels durch die Gesetzliche Krankenversicherung zur Ermöglichung des selbstständigen Wohnens** Das selbstständige Wohnen ist ein allgemeines Grundbedürfnis, für dessen Befriedigung ein Hilfsmittel von der Gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist.	04.03.2014 ●
14.04.2010	LSG Nordrhein-Westfalen, Az.: L 21 KR 69/09 SFB	**Krankenkassen müssen Hilfsmittelversorgung nicht ausschreiben** Krankenkassen müssen keine europaweiten Ausschreibungen durchführen, sondern können mit einer Vielzahl von Leistungserbringern Verträge schließen.	04.03.2014
10.03.2010	BSG in Kassel, Az.: B 3 KR 1/09 R	**Reparatur- und Wartungskosten von Hilfsmitteln** Die gesetzlichen Krankenkassen müssen notwendige Wartungskosten für Hilfsmittel auch dann bezahlen, wenn die zuständige Krankenkasse das Hilfsmittel nicht bewilligt hat, aber hätte bewilligen müssen.	04.03.2014
17.12.2009	BSG in Kassel, Az.: B 3 KR 20/08 R	**Kostenübernahme für Hilfsmittel ist nicht von Festbeträgen begrenzt** Ziel einer Hilfsmittelversorgung ist der möglichst weitgehende Ausgleich des Funktionsdefizits, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag begrenzt die Leistungspflicht der Krankenkasse dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv	04.03.2014 ●

		nicht ausreicht.	
09.12.2009	LSG Nordrhein-Westfalen, Az.: L 10 P 60/09	**Erneuter Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds nach § 40 SGB XI** Ein erneuter Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds nach § 40 SGB XI ist dann zu gewähren, wenn zwischen den beiden Maßnahmen eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands eingetreten ist. Der Zuschuss muss auch dann erneut gewährt werden, wenn zum Zeitpunkt der Durchführung der ersten Maßnahme die zweite Maßnahme zwar bereits in ähnlicher Form empfohlen wurde, aber die behinderte Person es nicht für erforderlich hielt, diese durchführen zu lassen.	04.03.2014
12.08.2009	BSG in Kassel, Az.: B 3 P 4/08 R	**Feststellungen zur Unterscheidung zwischen Hilfsmitteln und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds** **sowie zur Zuständigkeit bezüglich der Leistungsgewährung** - Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung werden definiert als Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des behinderten Menschen, die in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendig wären (z. B. Treppenlifter, Aufzüge, Umbauten in Küche bzw. Bad, Veränderungen der Wohn- bzw. Gebäudesubstanz, oder der Einbau von Fenstern mit Griffen in rollstuhlgerechter Höhe). - Hilfsmittel sind all die Gegenstände, die bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können bzw. nicht funktionslos werden und grundsätzlich in jeder Wohnumgebung in gleicher Weise und mit im Wesentlichen unveränderter Ausführung benötigt werden und einsatzbereit sind. Die Befestigung an Wand bzw. Decke spielt keine Rolle. So kann ein Gegenstand auch dann ein Hilfsmittel sein, wenn dieser bei einem Wohnungswechsel ohne wesentliche verbleibende Folgen ausgebaut und mit vertretbarem Anpassungsaufwand in eine neue Wohnung wieder eingebaut werden kann.	04.03.2014 ●
16.10.2008	LSG Nordrhein-Westfalen, Az.: L 16 B 60/08 KR	**Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht bindend** Das Hilfsmittelverzeichnis hat keinen verbindlichen oder endgültigen Charakter, sondern soll nur einen Überblick. Wenn ein bestimmtes Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis zu finden ist, so ist dies kein hinreichender Grund, die Kostenübernahme abzulehnen. Zur Abgrenzung von einem Hilfsmittel gegenüber einem Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens wurde ein weiteres Mal klargestellt, dass Gegenstände oder Geräte dann keine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens	04.03.2014 ●

		sind, wenn sie speziell für kranke bzw. behinderte Menschen konzipiert wurden und ausnahmslos oder überwiegend von dieser Personengruppe benutzt werden.	
03.08.2006	BSG in Kassel, Az.: B 3 KR 25/05 R	**Ein Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung muss nicht auf den Körper des Versicherten einwirken**. Es dient auch dann der Sicherung der ärztlichen Behandlung, wenn es die häusliche Behandlung durch eine Hilfsperson ermöglicht oder erheblich erleichtert.	16.04.2015
13.12.2005	SG Freiburg, Az.: S 11 KR 4870/05 R	**Anspruch auf Reparatur eines Hilfsmittels bei vorangegangener Bewilligung als Hilfsmittel** Die Übernahme der Kosten zur Reparatur eines zuvor bewilligten Hilfsmittels kann nicht mit der Begründung abgelehnt werden, ein Anspruch auf Bewilligung des Hilfsmittels habe eigentlich nicht bestanden.	04.03.2014 ●
12.01.2000	LG Erfurt, Az.: 1 HK O 201/99	**Freie Wahl der Leistungserbringer für die Hilfsmittelversorgung** Eine Krankenkasse darf ihren Versicherten die Übernahme der Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel nicht mit der Begründung verweigern, dass ein anderer Anbieter zu günstigeren Preisen liefere. Demzufolge hat der/die Versicherte die freie Entscheidung darüber, von welchem Sanitätshaus o. ä. er/sie beliefert werden will; die Krankenkasse darf ihre Mitglieder auch nicht unter dem Vorwand abgeschlossener Lieferverträge auf eine bestimmte Firma verweisen.	04.03.2014