

BARRIEREFREI LEBEN E.V.

Verein für Hilfsmittelberatung, Wohnraumanpassung und barrierefreie Bauberatung



Richardstr. 45 (Richardhof)

22081 Hamburg

Tel. 040 - 29 99 56-56

Fax. 040 - 29 36 01

Beratung@barrierefrei-leben.de

www.barrierefrei-leben.de

Stand: Februar 2010

Finanzierung von Hilfsmitteln für den privaten/häuslichen Bereich durch unterschiedliche Kostenträger

Die folgenden Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf die Versorgung mit Hilfsmitteln für den privaten/häuslichen Bereich und auf Wohneinrichtungen für behinderte bzw. pflegebedürftige Menschen. Die Rechtsvorschriften, nach denen berufstätige Menschen mit Behinderung an ihrem Arbeitsplatz ausgestattet werden, sind hier nicht aufgeführt.

In den meisten Fällen ist die gesetzliche Krankenkasse und seit April 1995 auch die Pflegekasse zuständiger Kostenträger für Hilfsmittel.

HILFSMITTELVERSORGUNG DURCH DIE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG

Die Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen führen die Rehabilitation ihrer Versicherten **mit allen geeigneten Mitteln** durch. Das bedeutet, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln nicht, wie bei den gesetzlichen Krankenkassen, an einen Hilfsmittelkatalog gebunden ist, sondern der Versicherte bekommt das Hilfsmittel, das nach seinen persönlichen Gegebenheiten am besten geeignet ist, seine Situation zu verbessern. Voraussetzung für die Bewilligung ist eine entsprechende Stellungnahme des behandelnden Arztes.

Wurden im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) allerdings Festbeträge für bestimmte Hilfsmittel vereinbart, muss der Versicherte eventuelle Mehrkosten bei selbst gewählten teureren Ausführungen selbst tragen.

(§§ 26, 27, 31 SGB VII, i.V.m. §§ 26 und 31 SGB IX)

HILFSMITTELVERSORGUNG DURCH DAS BUNDESVERSORGUNGSGESETZ

Unkomplizierter ist die Hilfsmittelversorgung für Personen, die Anspruch auf Entschädigung durch den Staat haben. Hierzu zählen insbesondere Kriegsoffer, Zivildienstleistende, Soldaten, Opfer von Gewaltverbrechen usw. Rechtsgrundlage für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist in diesen Fällen das Bundesversorgungsgesetz.



gesetz. Auch dieser Kostenträger entscheidet über ein Hilfsmittel allein nach der Notwendigkeit des Einzelfalls.

§§ 11, 12, 13 BVG

HILFSMITTELVERSORGUNG DURCH DIE GESETZLICHE KRANKENKASSE

Wird ein Hilfsmittel bei der Krankenkasse beantragt, sollte der Versicherte einige Punkte bedenken, um die Bearbeitungszeit nicht unnötig zu verlängern.

Ein Hilfsmittel wird in der Regel dann bewilligt, wenn es im **Hilfsmittelkatalog** der Krankenkassen mit einer Hilfsmittelnummer aufgeführt ist. Es sollte daher versucht werden, zusammen mit dem Arzt und/oder dem Sanitätsfachhändler ein Hilfsmittel auszusuchen, das der Sachbearbeiter bei der Kasse in diesem Katalog finden kann. Inzwischen haben viele Hersteller in ihren Prospekten die entsprechende **Hilfsmittelnummer** bei den jeweiligen Produkten aufgeführt.

Für das beantragte Hilfsmittel muss vom behandelnden Arzt ein Rezept ausgestellt werden. Es ist wichtig, dass auf dem Rezept das benötigte Hilfsmittel **genau bezeichnet** wird und **speziell erforderliche Funktionen zusätzlich beschrieben** werden. Außerdem kann es hilfreich sein, als Zusatz die Hilfsmittelnummer für ein Beispielprodukt mit aufzuführen.

So reicht zum Beispiel die Bezeichnung Rollstuhl nicht aus. Es muss heißen: **„Leichtgewichtrollstuhl wie z. B. Hilfsmittelnummer xx.xxx.xxx oder Modell yyy von der Firma xyz“**. Nur unter dieser Bezeichnung ist das Hilfsmittel im Hilfsmittelkatalog zu finden. Weiterhin ist zu empfehlen, dass der Arzt in einigen Sätzen die Notwendigkeit der Verordnung näher begründet.

Für die Versorgung mit technischen Hilfsmitteln haben die einzelnen Krankenkassen Verträge mit Firmen (z. B. Sanitätshäuser oder andere Leistungserbringer) geschlossen, die dem Versicherten zu nennen sind. **Der Versicherte muss das Hilfsmittel von diesen Vertragspartnern beziehen** und nur im **Einzelfall** kann auf **Antrag** eine andere Firma beauftragt werden (z. B. bei Hilfsmitteln mit individuellem Anpassungs- und Beratungsbedarf ist nur eine wohnortnahe Hilfsmittelversorgung zumutbar). Dabei evtl. entstehende **Mehrkosten** müssen **vom Versicherten selbst getragen** werden. Die Krankenkasse zahlt nur den vertraglich vereinbarten Preis für das Hilfsmittel sowie auch nur die dafür **anfallenden Folgekosten** (z. B. Reparatur). Folgekosten können z. B. auch eine entstehende Versicherungspflicht für einen schnelleren Elektro-Rollstuhl sein.

Wurden **Festpreise** für ein Hilfsmittel vereinbart und ist das ausgesuchte Hilfsmittel im Einzelfall teurer, muss der Antragsteller ebenfalls die **Differenz selbst tragen**.

Grundsätzlich gilt: Das technische Hilfsmittel bleibt **Eigentum der Krankenkasse** und muss zurück gegeben werden, wenn es nicht mehr benötigt wird. Dies gilt auch, wenn der Versicherte **Mehrkosten** für ein von ihm gewünschtes Hilfsmittel geleistet hat, dafür gibt es später **keinen finanziellen Ausgleich**.



Die Krankenkassen sind übrigens gehalten, den Versicherten möglichst gebrauchte technische Hilfsmittel, die zum Wiedereinsatz instand gesetzt wurden, leihweise durch den jeweiligen Vertragspartner zu überlassen.

Es gibt durchaus die Möglichkeit, dass die Krankenkasse die Kosten für ein Hilfsmittel übernimmt, das nicht im Hilfsmittelkatalog aufgeführt ist. In diesem Fall muss eine **ausführliche Begründung** der ärztlichen Verordnung erfolgen. Dabei muss deutlich gemacht werden, dass nur und gerade dieses Hilfsmittel unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls das **einzig geeignete** ist. Es muss herausgestellt werden, dass der Patient mit diesem Hilfsmittel seine **Selbstständigkeit erhöhen** und seine **Abhängigkeit von Fremdhilfe reduzieren** kann.

Wenn die Krankenkasse trotz ausführlicher Begründung die Kostenübernahme für ein beantragtes Hilfsmittel ablehnt, sollte sich der Patient fachlichen Rat holen (z. B. in einem Beratungszentrum), um dann gegebenenfalls gegen den ablehnenden Bescheid innerhalb der vorgegebenen Frist **schriftlich** Widerspruch zu erheben. Dabei ist wichtig, auf einen schriftlichen Ablehnungsbescheid zu bestehen, wenn Sachbearbeiter der Krankenkasse die Ablehnung telefonisch mitteilen.

Auf diesen Widerspruch erfolgt dann ein Widerspruchsbescheid. Wird das Hilfsmittel in diesem Widerspruchsbescheid wieder abgelehnt, kann innerhalb von 4 Wochen Klage erhoben werden. Die Klage vor dem Sozialgericht ist in der ersten Instanz kostenlos und es besteht keine Anwaltpflicht, ein solcher Schritt sollte aber trotzdem gründlich überlegt werden. Denn ein Gerichtsverfahren ist langwierig und schon in der zweiten Instanz können erhebliche Kosten anfallen.

Für ein neu angeschafftes oder leihweise zur Verfügung gestelltes technisches Hilfsmittel gelten die allgemeinen **Zuzahlungen** (10% vom Abgabepreis, wenigstens 5 EUR, höchstens 10 EUR) und die Härtefallrichtlinien der Krankenversicherung, nach denen der Versicherte auf Antrag bei Erreichung der Belastungsgrenze von der Zuzahlung befreit werden kann.

(§ 27 Abs.1 Satz 2 Nr. 3 SGB V, §§ 33, 34, 36, 61, 62, 126, 127, 139 SGB V)

HILFSMITTELVERSORGUNG DURCH DIE PFLEGEKASSE

Erhält ein pflegebedürftiger oder behinderter Mensch Leistungen von der Pflegekasse nach einer der drei im Gesetz vorgesehenen Pflegestufen, hat er auch Anspruch auf Pflegehilfsmittel. Die Pflegekassen haben ein **Pflegehilfsmittelverzeichnis** verabschiedet. In diesem Pflegehilfsmittelverzeichnis sind technische Hilfsmittel und zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel aufgeführt. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind zum Beispiel Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe usw.. Diese Hilfsmittel kann der Patient individuell mit der Pflegekasse abrechnen oder eine Pauschale von 31 EUR im Monat beantragen.



Im Übrigen gelten die Regelungen hinsichtlich des Bezugs von Pflegehilfsmitteln durch **Vertragspartner der Pflegekasse** analog der Festpreisregelungen für Hilfsmittel der Krankenkasse.

Für ein neu angeschafftes oder leihweise zur Verfügung gestelltes technisches Hilfsmittel muss eine Zuzahlung von 10% des Abgabepreises höchstens jedoch 25 EUR geleistet werden. Auch die Pflegekasse kann den Antragsteller nach der Härtefallregelung **auf Antrag** ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien, wenn die Belastungsgrenze bereits bei der Krankenkasse erreicht wurde und dort eine Zuzahlungsbefreiung besteht.

Ein ärztliches Rezept für das beantragte Hilfsmittel muss nicht zwingend ausgestellt werden, ein formloser Antrag würde genügen. Da jedoch häufig eine Abgrenzung zur Krankenversicherung nicht gleich ersichtlich ist, empfiehlt sich die Einreichung eines Rezeptes mit einer guten Begründung dazu. Wird die Kostenübernahme für das Hilfsmittel von der Pflegekasse abgelehnt, können die gleichen Rechtsmittel eingelegt werden wie weiter vor für die Krankenkasse beschrieben.

(§ 40 SGB XI, §§ 33, 62 SGB V)

Schwieriger ist die Hilfsmittelversorgung für die Menschen geworden, die stationär untergebracht sind. Voraussetzung für die Kostenübernahme eines Hilfsmittels durch die Krankenversicherung für einen Versicherten, der in einem Alten- oder Pflegeheim oder in einer Wohngruppe für Menschen mit Behinderung lebt ist, dass das Hilfsmittel konkret für einen einzelnen Versicherten bestimmt ist. Das Hilfsmittel soll dem Versicherten eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, z. B. auch außerhalb der Einrichtung ermöglichen, dabei ist unerheblich, in welchem Umfang diese Teilhabe noch möglich ist. Außerdem soll das Hilfsmittel den Versicherten durch eine Erhöhung der Selbstständigkeit mindestens teilweise vom Pflegepersonal unabhängig machen.

Aus diesem Grunde können z. B. Selbstfahrerrollstühle und Elektro-Rollstühle in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen. Dagegen lösen Pflegebetten, Lifter, Bettgalgen, Toiletten- und Badehilfen grundsätzlich keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung aus, da diese Produkte vorrangig der Erleichterung der Pflege dienen. Sie müssen von der Einrichtung gestellt werden.

HILFSMITTELVERSORGUNG DURCH DIE PRIVATE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Die Hilfsmittelversorgung durch die **Private Pflegeversicherung** ist analog der Sozialen Pflegeversicherung gewährleistet. Die vorher beschriebenen Regelungen gelten dort genauso.

Anders ist es bei der **Privaten Krankenversicherung**. Die Versorgung mit Hilfsmitteln hängt maßgeblich vom individuell abgeschlossen **Vertrag** und dem jeweiligen **tariflichen Umfang** ab. Deshalb ist es besonders wichtig, vor Vertragsabschluss



darauf zu achten, **welche Versicherungsleistungen** hinsichtlich der **Hilfsmittelversorgung** zu erwarten sind. Bei einigen Versicherungen kann man evtl. zusätzliche Risiken noch später nachversichern, allerdings ist dies oft mit höheren Kosten verbunden.

(§ 23 SGB XI, AGB für Private Pflegeversicherung – MB/PPV 2009)

HILFSMITTELVERSORGUNG DURCH DAS GRUNDSICHERUNGS- UND SOZIALAMT

Wenn keiner der vorgenannten Kostenträger zuständig ist, bleibt als letztes Glied in der Kette unserer sozialen Sicherung das Grundsicherungs- und Sozialamt als möglicher Kostenträger. Dabei ist zu beachten, dass Leistungen von dort nur gewährt werden, wenn das **Einkommen und Vermögen** des Antragstellers eine individuell zu errechnende Höhe nicht überschreitet.

Das Grundsicherungs- und Sozialamt ist bei der Bewilligung von Hilfsmitteln an die Bestimmungen der Kranken- bzw. Pflegekasse gebunden.

(§§ 52, 53, 54, 61, 62 SGB XII i.V.m. §§ 31, 33, 55 SGB IX, §§ 9, 10 EingliederungshilfeVO nach § 60 SGB XII)

VERFASSER: ROLF LOHR

überarbeitet von: Birgit Rühmann

Beratungszentrum für Technische Hilfen & Wohnraumanpassung Hamburg