

# **BARRIEREFREI LEBEN E.V.**

Verein für Hilfsmittelberatung, Wohnraumanpassung und barrierefreie Bauberatung



Alsterdorfer Markt 7

22297 Hamburg

Tel. 040 - 29 99 56-55

Fax. 040 - 29 36 01

[ruehmann@barrierefrei-leben.de](mailto:ruehmann@barrierefrei-leben.de)

[www.barrierefrei-leben.de](http://www.barrierefrei-leben.de)

Stand: Februar 2022

## **Finanzierung von Hilfsmitteln für den privaten und 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 den persönlichen Gegebenheiten des Versicherten entsprechen und am besten geeignet sein muss, seine Situation zu verbessern. Voraussetzung für die Bewilligung ist eine entsprechende Stellungnahme des behandelnden Arztes. Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden.

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

(§§ 26, 27, 31, 36 SGB VII, i.V.m. §§ 26 und 31 SGB IX)



## Hilfsmittelversorgung durch das Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Unkomplizierter ist die Hilfsmittelversorgung für Personen, die Anspruch auf Entschädigung durch den Staat haben. Hierzu zählen insbesondere Kriegsoffer, Soldaten, Opfer von Gewaltverbrechen usw. Rechtsgrundlage für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist in diesen Fällen das Bundesversorgungsgesetz. Dieser Kostenträger entscheidet über ein Hilfsmittel allein nach der Notwendigkeit des Einzelfalls.

Anträge auf orthopädische Hilfsmittel müssen bei Anerkennung nach dem Opferentschädigungsgesetz bei den Hauptfürsorgestellen/Versorgungsämtern des Bundeslandes, in der sich die Gewalttat ereignet hat, gestellt werden, nähere Informationen dazu: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Soziale-Entschaedigung/Opferentschaedigungsrecht/opferentschaedigungsrecht-art.html>

(§§ 11, 12, 13 BVG)

## Hilfsmittelversorgung durch die gesetzliche Krankenkasse

Gemäß § 33 SGB 5 haben „Versicherte 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*, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen (ist)...“

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 medizinisch notwendig und im Hilfsmittelkatalog der Krankenkassen mit einer Hilfsmittelnummer aufgeführt ist und dem Wirtschaftlichkeitsprinzip entspricht.

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 z. B. 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 und ggf. die vorliegenden Funktionseinschränkungen beschreibt.

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 Festpreis 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 zurückgegeben 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.

Seit der kürzlich abgeschlossenen Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnis, haben Versicherte Anspruch auf eine umfassende Beratung über eine bedarfsgerechte und mehrkostenfreie Versorgungsmöglichkeiten durch den Leistungserbringer.

Die Krankenkassen sind übrigens gesetzlich verpflichtet, den Versicherten möglichst gebrauchte technische Hilfsmittel, die zum Wiedereinsatz instandgesetzt 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 Selbständigkeit 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 €, höchstens 10 €) 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 im Gesetz vorgesehenen Pflegegrade (1 – 5), 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 40 € 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 € 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 Pflegehilfsmittel muss nicht zwingend ausgestellt werden, ein formloser Antrag genügt. 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 bereits zuvor für die Krankenkasse beschrieben wurde.**

**(§ 40 SGB XI, §§ 33, 62 SGB V)**



## **NEU AB 2022**

Gemäß einer neuen Richtlinie können nunmehr auch von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegefachkräfte (z. B. eines ambulanten Pflegedienstes) bestimmte Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel *empfehlen*, sofern sie zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Die Empfehlung muss innerhalb von zwei Wochen zusammen mit dem Antrag des Versicherten an die Pflege- bzw. Krankenkasse geschickt bzw. einem Leistungserbringer (z. B. Sanitätshaus) übergeben werden. Ein Rezept vom Arzt ist dann nicht mehr notwendig.

Schwieriger ist die Hilfsmittelversorgung für die Menschen, 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 und auch nur von dieser Person genutzt wird. 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.

(§ 40 SGB 11, Abs. 1, 6, 7)

## **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 2022)



---

## **Hilfsmittelversorgung durch das Grundsicherungs- und Sozialamt bzw. die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung**

Wenn keiner der vorgenannten Kostenträger zuständig ist, bleibt als letztes Glied in der Kette unserer sozialen Sicherung das Grundsicherungs- und Sozialamt bzw. die Eingliederungshilfe 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 bzw. die Eingliederungshilfe ist bei der Bewilligung von Hilfsmitteln an die Bestimmungen der Kranken- bzw. Pflegekasse gebunden.

(§§ 84, 113 SGB 9 im Rahmen der Eingliederungshilfe und Leistungen zur sozialen Teilhabe gem. BTHG)

**Birgit Rühmann**  
Beratungszentrum für Technische Hilfen & Wohnraumanpassung Hamburg