

# Der kleine Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung



## Ich benötige ein Hilfsmittel. Was muss ich hierfür tun?

Sofern Sie das Hilfsmittel nicht selbst bezahlen wollen und Sie gegenüber einem Sozialversicherungsträger anspruchsberechtigt sind, übernimmt der zuständige Kostenträger, beispielsweise die Krankenkasse oder die Berufsgenossenschaft, hierfür im Regelfall die Kosten. Dies setzt voraus, dass der Kostenträger eine ärztliche Verordnung (»Rezept«) erhält, auf der die Versorgung mit einem Hilfsmittel ausgewiesen ist.

Dies bedeutet, dass Sie immer zunächst einen Arzt aufsuchen müssen, um das Rezept zu erhalten. Auch wenn Sie zunächst ein care team aufsuchen, um mit den Mitarbeitern die medizinisch notwendige Versorgung mit einem Hilfsmittel vorab zu erörtern, müssen Sie danach einen Arzt aufsuchen, der Ihnen das Hilfsmittel auch verschreibt. Denn das Rezept ist die Grundlage für die Hilfsmittelversorgung zu Lasten des jeweiligen Kostenträgers.

Mit dem Rezept erstellt das care team für Sie einen Kostenvoranschlag und beantragt die Kostenübernahme beim zuständigen Kostenträger.

## Was passiert mit dem Kostenvoranschlag des care teams?

Sie haben Anspruch auf eine qualitativ hochwertige und fortschrittliche Versorgung, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Der Kostenträger prüft zunächst, ob das verordnete Hilfsmittel entsprechend den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben zur Therapie oder zum Ausgleich einer Behinderung medizinisch notwendig ist. Der Sachbearbeiter muss jedoch auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Auge behalten. Dies bedeutet, dass er prüfen muss, ob eine gleichwertige, aber kostengünstigere Versorgung zur Verfügung steht. Im Fall der Überprüfung einer Verordnung zu Lasten der Krankenkasse wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet. Der MDK beschäftigt Mediziner, die überprüfen, ob das verordnete Hilfsmittel medizinisch erforderlich ist.

## Wie kann das Ergebnis dieser Überprüfung lauten, und wie geht es dann weiter?

Hält der Kostenträger die verordnete Hilfsmittelversorgung für erforderlich, so schickt er einen Bewilligungsbescheid an Sie und benachrichtigt das care team, das den Kostenvoranschlag gefertigt hat. Das care team führt die Versorgung mit dem bewilligten Hilfsmittel aus.



Kommt der Kostenträger hingegen zu der Überzeugung, die Versorgung mit dem Hilfsmittel sei nicht notwendig, stellt er Ihnen einen Ablehnungsbescheid aus. Das care team kann die Versorgung zunächst nicht durchführen.

## Was kann ich tun, wenn die Hilfsmittelversorgung abgelehnt wurde? Was muss ich hierbei beachten?

Gegen den Ablehnungsbescheid können Sie als Versicherter schriftlich oder bei dem Kostenträger persönlich und mündlich zur Niederschrift Widerspruch einlegen. Hierzu haben Sie ab dem Zeitpunkt des Zugangs des Ablehnungsbescheids einen Monat Zeit. Das Widerspruchsverfahren ist für Sie kostenlos.

In diesem sogenannten Widerspruchsverfahren soll dem Kostenträger nochmals die Gelegenheit eingeräumt werden, den Ablehnungsbescheid zu überprüfen. Daher ist zu empfehlen, dass Sie den Widerspruch schriftlich verfassen und Ihre Gründe aufzählen, warum Sie mit dem Ablehnungsbescheid nicht einverstanden sind. Denn auch Ihre Gründe können im Rahmen der Überprüfung wichtig werden.

## Wie endet solch ein Widerspruchsverfahren und welche Möglichkeiten habe ich dann?

Entscheidet der Kostenträger, dass der ursprüngliche Ablehnungsbescheid zu Unrecht ergangen ist, erlässt er einen Abhilfebescheid und die Versorgung mit dem beantragten Hilfsmittel kann durchgeführt werden.

Lehnt der Kostenträger Ihr Begehren erneut ab, ergeht ein Widerspruchsbescheid. Gegen diesen Widerspruchsbescheid können Sie vor dem örtlich zuständigen Sozialgericht Klage erheben. Das Verfahren vor dem Sozialgericht ist für Sie kostenlos. Für die fristgemäße Erhebung der Klage haben Sie erneut einen Monat ab Zugang des Widerspruchsbescheides Zeit.

# Der kleine Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung



## Ich bin gesetzlich krankenversichert. Kann ich mir mein Sanitätshaus aussuchen?

Bis zum 31. Dezember 2009 konnten Sie jedes Sanitätshaus Ihrer Wahl mit der Versorgung beauftragen. Seit dem 1. Januar 2010 müssen Sanitätshäuser Vertragspartner Ihrer Krankenkasse sein, um Sie mit Hilfsmitteln versorgen zu dürfen. Hat das von Ihnen ausgesuchte Sanitätshaus keinen Vertrag mit Ihrer Krankenkasse, so können Sie sich dennoch von ihm versorgen lassen, wenn Sie bei der Krankenkasse besondere Gründe vorbringen. Dieses sogenannte »berechtigte Interesse« kann zum Beispiel bei einem langjährigen Vertrauensverhältnis oder bei Eingriffen in die Intimsphäre vorliegen. Allerdings müssen Sie die Mehrkosten selbst tragen, wenn das von Ihnen ausgewählte vertragslose Sanitätshaus teurer ist als das vertraglich gebundene Sanitätshaus.

## Gilt das freie Wahlrecht auch für ausgeschriebene Hilfsmittel?

Hat Ihre Krankenkasse ein oder mehrere Hilfsmittel ausgeschrieben und ein Sanitätshaus hat den Zuschlag erhalten, so verweist Ihre Krankenkasse Sie auf dieses Sanitätshaus. Sie können dann nicht mehr unter mehreren Vertragspartnern aussuchen. Der Ausschreibungssieger hat ein exklusives Versorgungsrecht.

Wenn Sie jedoch ein »berechtigtes Interesse« vorbringen können, haben Sie auch in diesem Fall die Möglichkeit, das Sanitätshaus Ihrer Wahl mit der Versorgung beauftragen zu können.

Jedoch auch hier gilt, dass Sie die hierdurch verursachten Mehrkosten selbst tragen müssen.

## Muss ich mich an den Kosten für eine Hilfsmittelversorgung beteiligen?

Der Gesetzgeber hat - wie schon bei der Arzneimittelversorgung - festgelegt, dass gesetzlich Krankenversicherte Zuzahlungen von 10 % für jedes Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), jedoch mindestens 5 € und maximal 10 € leisten müssen. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels. Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz). Dann gilt: Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 € pro Monat.



## Ein Angehöriger ist pflegebedürftig oder befindet sich in einem Pflegeheim. Hat er auch dann Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln?

Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen einer Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Das Hilfsmittel muss im Einzelfall erforderlich sein, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Hinsichtlich des »Ausgleichens der Behinderung« genügt es, wenn der Gegenstand die erschwerte Funktion ermöglicht, ersetzt, erleichtert oder ergänzt. Dient ein medizinisch notwendiges Hilfsmittel den individuellen Bedürfnissen der Patienten und wird es nicht allein zur Pflege erleichterung eingesetzt, so ist es grundsätzlich ordnungsfähig. Die Leistungspflicht liegt bei der Krankenkasse.

## Es gibt auch Leistungen aus der Pflegeversicherung. Was kann ich von wem beanspruchen?

Der Anspruch auf die Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln ist vorrangig an die Krankenkasse zu richten. Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege haben neben dem Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln gem. § 33 SGB V gegenüber der Krankenkasse auch Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (saugende Bettschutzeinlagen, Schutzbekleidung, Desinfektionsmittel) gegenüber der Pflegeversicherung. In der stationären Pflege werden diese vom Pflegeheim vorgehalten. Die Abgrenzung zwischen den Hilfsmitteln, die auf Kosten der Pflegeversicherung und der Krankenkasse erfolgen, war lange Zeit umstritten. Das Bundessozialgericht hat mit seinen Urteilen vom 6. Juni 2002 und 24. September 2002 klargestellt, dass Hilfsmittel,

- die zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung individuell notwendig sind und
- für die eine medizinische Indikation gegeben ist (ärztliche Verordnung),

von den Krankenkassen zu erstatten sind. Dies gilt bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege. Eine Vorhaltepflcht für Hilfsmittel im Pflegeheim besteht nur, wenn das Heim entsprechende Vertragsvereinbarungen mit der Pflegeversicherung getroffen hat. Eine ärztliche Verordnung für Hilfsmittel muss in jedem Fall vorliegen.