

Bei Pflegehilfsmitteln handelt es sich um Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind. Sie sollen die Pflege erleichtern, dazu beitragen, Beschwerden zu lindern, oder der pflegebedürftigen Person eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Ein Pflegebett macht es beispielsweise einfacher, eine pflegebedürftige Person im Bett zu waschen oder anzukleiden, denn das Pflegebett ist höhenverstellbar.

Werden Gegenstände fest mit der Bausubstanz verbunden, handelt es sich nicht mehr um Hilfsmittel. Eine einfache Befestigung durch Schrauben hat noch keine Auswirkung auf die Einordnung als Hilfsmittel. Deshalb ist der angeschraubte Haltegriff in der Dusche ein Hilfsmittel. Ein fest eingebauter und angepasster Treppenlift ist dagegen kein Hilfsmittel, sondern kann als Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfelds von der Pflegekasse bezuschusst werden.

WIE WERDEN PFLEGEHILFSMITTEL BEANTRAGT?

Auch Pflegehilfsmittel werden auf Antrag gewährt. Der Antrag wird bei der Pflegekasse gestellt und sollte eine kurze Begründung enthalten, warum das Pflegehilfsmittel benötigt wird.

Es gibt Hilfsmittel, bei denen eine Zuständigkeit der Krankenkasse und der Pflegekasse in Frage kommt. Wenn bei einer versicherten Person ein Pflegegrad festgestellt wurde, prüft die Krankenkasse oder Pflegekasse, bei der das Hilfsmittel beantragt wird, die Voraussetzungen. Die Versicherten müssen den richtigen Träger nicht selbst auswählen, sondern können den Antrag bei der Krankenkasse oder bei der Pflegekasse stellen. Der angegangene Träger entscheidet abschließend über beide Ansprüche und die Bewilligung.

Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit des Hilfsmittels unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes (MD) überprüfen. Die Fristen zur Entscheidung über den Antrag und die Regelungen zum Widerspruch gegen eine Ablehnung der Versorgung entsprechen denen der Krankenkasse.

WIE ERFOLGT DIE VERSORGUNG MIT PFLEGEHILFSMITTELN?

Hat die Pflegekasse das beantragte Hilfsmittel genehmigt, kann es auch leihweise zur Verfügung gestellt werden. Eine Leihgabe ist häufig der Fall bei sehr teuren Hilfsmitteln (zum Beispiel Patientenliftern) oder solchen, die nicht auf die versicherte Person angepasst werden müssen (beispielsweise Pflegebetten). Die Pflegekasse teilt der versicherten Person mit, wie und über welchen Anbieter die Versorgung erfolgt.

WAS SIND PFLEGEHILFSMITTEL ZUM VERBRAUCH?

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch sind Produkte, die aufgrund des Materials oder aus hygienischen Gründen in der Regel nur einmal benutzt werden können und für den Wiedereinsatz nicht geeignet sind. Dazu zählen zum Beispiel Einmalhandschuhe, Hände- und Flächendesinfektionsmittel, Mundschutz, Schutzschürzen und Einmal-Bett-schutzunterlagen. Inkontenzprodukte sind allerdings in der Regel keine Pflegehilfsmittel, sondern werden von den Krankenkassen als Hilfsmittel gestellt. Für Pflegehilfsmittel wird ein fester Betrag je Monat erstattet. Der Antrag kann formlos gestellt werden.

Viele Pflegekassen bieten dazu auch vorbereitete Formulare an.

WIE HOCH SIND ZUZAHLUNGEN UND KOSTEN?

Volljährige versicherte Personen haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel, zu zahlen. Eine Befreiung von Zuzahlungen ist möglich. Für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch werden keine Zuzahlungen erhoben. Entscheiden sich pflegebedürftige Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.



WELCHE KOSTENTRÄGER KOMMEN NOCH IN FRAGE?

Neben den Kranken- und Pflegekassen kommen noch weitere Kostenträger in Frage. Zum Beispiel die Rentenversicherung (zur Teilhabe am Arbeitsleben), die Unfallversicherung (nach Arbeits- oder Wegeunfall oder bei bestätigter Berufskrankheit), die Arbeitsagentur (zur Teilhabe am Arbeitsleben) oder das Sozialamt (in Einzelfällen).

WEITERE INFORMATIONEN RUND UM DAS THEMA FINDEN SIE AUCH UNTER

www.verbraucherzentrale.nrw/hilfsmittel

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V.

Mintropstr. 27, 40215 Düsseldorf
Telefon (0211) 38 09 0
Mail service@verbraucherzentrale.nrw

www.verbraucherzentrale.nrw
[www.verbraucherzentrale.nrw/facebook](https://www.facebook.com/verbraucherzentrale.nrw)
[www.verbraucherzentrale.nrw/twitter](https://www.twitter.com/verbraucherzentrale.nrw)

WIR BERATEN SIE ZUM GESUNDHEITS- UND PFLEGERECHT



www.verbraucherzentrale.nrw/beratungsangebote

MEHR INFORMATIONEN

Viel Wissenswertes, unsere Beratungsstellen, Veranstaltungen und kostenfreie Musterbriefe finden Sie unter

www.verbraucherzentrale.nrw/wissen/gesundheit-pflege

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



verbraucherzentrale

Nordrhein-Westfalen

verbraucherzentrale

HILFSMITTEL: ANTRAGSTELLUNG, KOSTEN UND VERSORGUNG

Impressum: © Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V., Seppel-Gluckert-Passage 10, 55116 Mainz, in Kooperation mit der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V., der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg e.V., der Verbraucherzentrale Sachsen e.V. sowie der Verbraucherzentrale Berlin e.V.
Bildquellen: Titel: klimkin/Pixabay | Innenseite von li: cocoparisienne/Pixabay; valelopardo/Pixabay; Michael Schwarzenberger/Pixabay | Außenseite von li: DC Studio/stock.adobe.com, mattilda/stock.adobe.com
Druck: Kern GmbH, Bexbach | Stand: 10/2021

... HILFSMITTEL – WAS IST DAS?

Hilfsmittel sind Gegenstände, die Menschen mit Erkrankungen oder Behinderungen im Alltag helfen, schmerzfrei und selbstbestimmt zu leben. Dazu gehören zum Beispiel Rollatoren und Rollstühle, Prothesen, Hör- und Sehhilfen, Kompressionsstrümpfe oder Inkontinenzprodukte.

Auch weitere Gegenstände, die im Einzelfall medizinisch erforderlich sind und ärztlich verordnet werden, müssen von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden, wenn sie

dem Erfolg einer Krankenbehandlung dienen, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen keine Kosten für allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, wie zum Beispiel eine Heizdecke oder ein Standardtelefon. Ist ein Gegenstand dagegen speziell für die Bedürfnisse behinderter Menschen entwickelt, beispielsweise ein Rollstuhl, handelt es sich um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Die Abgrenzung kann schwierig sein.



Zudem kann auch ein Anspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen bestehen. Diese werden auch als App auf Rezept bezeichnet. Sie unterstützen Patientinnen und Patienten bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten und helfen auf dem Weg zu einer gesundheitsförderlichen Lebensführung.

... WER HAT ANSPRUCH AUF VERSORGUNG MIT HILFSMITTELN?

Sind die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, haben gesetzlich versicherte Verbraucherinnen und Verbraucher einen Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Krankenkasse. Das bedeutet, dass die gesetzliche Krankenkasse entweder das Hilfsmittel kauft und die Kosten übernimmt oder das Hilfsmittel leihweise zur Verfügung stellt.

Der Anspruch umfasst zusätzlich die eventuell notwendige Anpassung, Reparatur, Wartung und Ersatzbeschaffung, die Kosten für den Betrieb (zum Beispiel Stromkosten) oder eine notwendige Ausbildung im Gebrauch mit dem Hilfsmittel.

! Anders als gesetzlich versicherte Menschen haben privatversicherte Personen keinen gesetzlichen Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln. Hier ist der Leistungsumfang und das Antragsverfahren in einem Versicherungsvertrag geregelt, so dass Privatversicherte die Kosten für notwendige Hilfsmittel nur in dem versicherten Rahmen erhalten.

... WIE WERDEN HILFSMITTEL BEANTRAGT?

Damit Ihre Krankenkasse ein Hilfsmittel genehmigt, benötigen Sie in der Regel eine ärztliche Verordnung (Rezept). Achten Sie darauf, dass die Verordnung möglichst präzise ausgefüllt wird. Aus der Verordnung sollte unbedingt die medizinische Notwendigkeit hervorgehen. Am besten wird die konkrete Hilfsmittelnnummer aus dem Hilfsmittelverzeichnis genannt. Auch eine Begründung, warum nur dieses spezielle Hilfsmittel in Frage kommt, ist empfehlenswert.



Tipp Die Verordnung für ein Hilfsmittel sollte Ihre Ärztin oder ihr Arzt nicht wegen eines vermeintlich begrenzten Kontingents an Verordnungen ablehnen – denn Hilfsmittel belasten das ärztliche Budget nicht!

Mit der Verordnung nehmen Sie Kontakt zu Ihrer Krankenkasse auf und beantragen die Versorgung mit dem Hilfsmittel schriftlich.

Aufgrund der Verordnung prüft die gesetzliche Krankenkasse die Voraussetzungen für die Versorgung mit dem beantragten Hilfsmittel. Liegen diese vor, bewilligt sie das Hilfs-

mittel und beauftragt einen Leistungserbringer, zum Beispiel ein Sanitätshaus.

Der maximale Zeitraum für die Entscheidung der Krankenkasse beträgt 3 Wochen. Diese Frist verlängert sich auf 5 Wochen, wenn eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes notwendig ist. Allerdings darf die Frist nicht ohne eine Information an die versicherte Person verlängert werden. Hält die Krankenkasse die Fristen nicht ein, ist sie zu einer ausreichend begründeten Mitteilung an die antragstellende Person verpflichtet. Dies kann entweder schriftlich oder auf elektronischem Wege erfolgen. Kommt die Krankenkasse dieser Verpflichtung nicht nach, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der Kosten verpflichtet.

... WAS TUN BEI ABLEHNUNG DER KRANKENKASSE?

Wird der Antrag abgelehnt, ist ein Widerspruch möglich. Die Widerspruchsfrist beträgt einen Monat nach Zugang des Bescheides. Der Widerspruch muss schriftlich eingelegt werden. Zunächst reicht eine kurze Mitteilung an die Krankenkasse, dass Sie mit der Entscheidung nicht einverstanden sind, Widerspruch einlegen und eine Begründung nachreichen werden. Es ist sinnvoll, den Widerspruch als Einschreiben mit Rückschein oder als Fax mit Empfangsbestätigung zu verschicken. So können Sie den rechtzeitigen Zugang bei der Kasse im Zweifel beweisen. Ein Widerspruch per E-Mail oder Telefon ist nicht zulässig.



Reichen Sie im Anschluss unbedingt eine Begründung nach, warum Sie mit der Ablehnung nicht einverstanden sind. Oft ist es sinnvoll, den verordnenden Arzt oder die Ärztin um eine Stellungnahme zu bitten und so vertieft zu begründen, warum das Hilfsmittel erforderlich ist.

Tipp Häufig lehnen Krankenkassen eine Versorgung mit der Begründung ab, das Hilfsmittel sei nicht im Hilfsmittelverzeichnis genannt. Ihr Anspruch ist aber nicht auf die Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis begrenzt. Begründen Sie im Widerspruchsverfahren ausführlich, warum für Ihren individuellen Einzelfall gerade dieses Hilfsmittel erforderlich ist.

Benötigen Sie Hilfe oder bleibt der Widerspruch erfolglos, können Sie sich an die Verbraucherzentralen, die Sozialverbände oder eine Rechtsanwältin oder einen Rechtsanwalt wenden.

... WO BEKOMMEN SIE IHRE HILFSMITTEL?

Bewilligt die Krankenkasse die Versorgung mit dem beantragten Hilfsmittel, müssen nun ein Hilfsmittelanbieter und das Hilfsmittel ausgewählt werden. Die Krankenkassen schließen dazu Verträge mit Hilfsmittelanbietern und vereinbaren darin die Bedingungen für die Versorgung und die Preise. Das bedeutet, die Kasse bestimmt, welcher Anbieter die Versorgung übernimmt, und teilt dies der versicherten Person mit. Fragen Sie im Zweifel bei Ihrer Krankenkasse nach.

... WER TRÄGT WELCHE KOSTEN?

Wie bei der Medikamentenversorgung oder bei Krankenhausaufenthalten besteht für Versicherte auch bei der Hilfsmittelversorgung eine **gesetzliche Zuzahlungspflicht**. Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von Zuzahlungen befreit. Für Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregel von 10 Prozent – mindestens jedoch 5 Euro und maximal 10 Euro. Diesen Betrag entrichten Sie an den Hilfsmittelanbieter. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht die Möglichkeit einer Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen. Informieren Sie sich dazu bei Ihrer Krankenkasse.

Bei den Hilfsmitteln, die die Krankenkasse zur Verfügung stellt, handelt es sich um Standardausführungen, für die keine weiteren Eigenleistungen zu zahlen sind. Diese Modelle (»Kassengeräte«) reichen aus, um den medizinisch erforderlichen Bedarf zu decken.

Sie können sich aber nach einer umfangreichen Beratung auch für ein Hilfsmittel entscheiden, das über das Notwendige hinausgeht. Das können zum Beispiel hochwertigere Ausführungen oder Sonderfunktionen sein. Die **Mehrkosten** dafür werden nicht von der Krankenkasse übernommen, sondern Sie müssen sie selbst bezahlen. Teilweise werden die Mehrkosten auch als »Aufzahlung« bezeichnet.

Tipp Sie haben immer Anspruch auf ein Angebot, das vollständig von der Krankenkasse finanziert wird. Fragen Sie nach, falls das Sanitätshaus Ihnen ein solches Hilfsmittel nicht anbietet, und lassen Sie sich die Vorteile anderer Hilfsmittel für Sie persönlich erklären.

Bei Gegenständen, die jeder Mensch im täglichen Leben braucht und die gleichzeitig dem Ausgleich einer Behinderung oder der Sicherung der Behandlung dienen, wird ein **Eigenanteil** angerechnet. Dessen Höhe orientiert sich an den Kosten für einen Gebrauchsgegenstand ohne therapeutischen Nutzen. Dies ist zum Beispiel bei orthopädischen Schuhen der Fall, wo Sie als Eigenanteil die Kosten für normale Straßenschuhe aufwenden müssten.

... WAS SIND PFLEGEHILFSMITTEL?

Pflegehilfsmittel werden von der gesetzlichen Pflegeversicherung gewährt. Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen eines Pflegegrades. Der Anspruch besteht ab Pflegegrad 1.