



verbraucherzentrale

**Hilfsmittel –
wer zahlt?**

HILFSMITTEL

WER ZAHLT?

**Pflegebett und
Wohnungsumbaumaßnahmen**

Hilfsmittel sind für Bedürftige zum Teil zwingend notwendig, um eine körperliche Einschränkung auszugleichen. Aber sie können auch dazu dienen, den Pflegealltag zu erleichtern und die Pflege zu Hause erst zu ermöglichen. Welche Hilfsmittel gibt es und welche Ansprüche stehen den Betroffenen etwa bei der Verbesserung ihres Wohnumfeldes zu? Nachfolgende Tipps geben Aufschluss.

WER ZAHLT WAS?

Krankenkasse

Die gesetzliche Krankenkasse zahlt aufgrund ärztlicher Verordnung anteilig medizinisch notwendige Hilfsmittel bei einer Krankheit oder zur Verhinderung einer solchen und auch zum Ausgleich einer krankheitsbedingten Behinderung. In der Regel dienen diese Hilfsmittel dazu, eine körperliche Einschränkung auszugleichen. Beispiele sind Rollstühle, Hörhilfen sowie orthopädische Hilfsmittel.

Alle Hilfsmittel, die regelmäßig von der Krankenkasse finanziert werden, sind in einem Hilfsmittelkatalog zusammengefasst (Link unter www.rehadat.de).

Hinweis zum Hilfsmittelverzeichnis

→ Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend. Im Einzelfall können notwendige Hilfen, die nicht registriert sind, erstattet werden. Der behandelnde Arzt sollte dann die medizinische Notwendigkeit gerade für dieses Hilfsmittel begründen. Nicht verordnungsfähig sind allgemeine Gegenstände des täglichen Gebrauchs (Heizkissen, Haushaltsgeräte...) und so genannte Hilfsmittel mit einem geringen Abgabepreis (Salbepinsel, Augenklappen, Gummihandschuhe usw.). Die Krankenkasse übernimmt keine Kosten für Hilfsmittel mit einem zweifelhaften therapeutischen Nutzen, da grundsätzlich nur die Grundausrüstung bezahlt wird.

Die Verordnung des Arztes muss bei der jeweiligen Krankenkasse eingereicht werden. Sie sollte möglichst eine kurze Begründung zur Erforderlichkeit des Hilfsmittels sowie eine Beschreibung des Gesundheitszustandes beinhalten. Die Krankenkasse kann Hilfsmittel, die beispielsweise besonders kostspielig sind, auch leihweise zur Verfügung stellen. Häufig müssen die Krankenkassen Hilfsmittel vor der Anschaffung genehmigen. Deshalb ist es wichtig, sich zunächst an seine Krankenkasse zu wenden!

Krankenkassen tragen grundsätzlich nur die „Standardausführung“. Sonderwünsche etwa hinsichtlich der Farbe oder des Materials können die Kosten erhöhen und müssen aus eigener Tasche bezahlt werden.

Die Lieferung solcher Besonderheiten sollte nur auf konkrete Bestellung des Patienten hin erfolgen.

Zuzahlungen

❖ Grundsätzlich müssen volljährige Betroffene zu Hilfsmitteln Zuzahlungen leisten. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres haben keinen Eigenanteil zu erbringen. Die Zuzahlungen können unterschiedlich hoch sein: Bei Hilfsmitteln, die verbraucht werden (Inkontinenzhilfen, Stoma-Artikel oder Insulinspritzen etc.), müssen zehn Prozent der Kosten pro Packung vom Betroffenen getragen werden, maximal aber zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.

Patienten müssen für alle anderen Hilfsmittel zehn Prozent des von der Krankenkasse geleisteten Betrags übernehmen, jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro.

Tipp

❖ Betroffene können sich von den Zuzahlungen befreien lassen, wenn sie bereits eine Eigenbeteiligung von zwei Prozent oder bei chronisch Kranken einem Prozent des gesamten Jahresbruttoeinkommens des Familienhaushaltes geleistet haben.

Kosten

❖ Wichtig ist, sich vorab beim Händler danach zu erkundigen, welche Kosten entstehen und welcher Anteil von der Kasse geleistet wird beziehungsweise ob noch

ein Eigenanteil geleistet werden soll. Zu beachten ist, dass dabei unterschiedliche Preise je nach Sanitätshaus möglich sind.

Hinweis zu den Hilfsmittelfestbeträgen

→ Die Kosten für einige Hilfsmittel wie Hörhilfen, Einlagen oder Mittel zur Kompressionstherapie werden nur bis zu einem bestimmten Festbetrag erstattet. Die aktuellen Hilfsmittelfestbeträge sind unter www.vdak.de einsehbar oder bei der Krankenkasse zu erfragen. Mehrkosten über den Festbetrag hinaus müssen die Patienten selbst entrichten.

Wer einen Eigenanteil über die Zuzahlungen hinaus vermeiden möchte, sollte immer konkret nach Hilfsmitteln zum Festbetrag fragen. Patienten sollten sich stets erkundigen, denn es gibt beispielsweise Kompressionsstrümpfe und Einlagen zum Festpreis. Bietet der Händler vor Ort keine Hilfsmittel zum Festbetrag an, so können Krankenkassen weiterhelfen. Diese können Sanitätshäuser empfehlen, die günstige Hilfsmittel zum Festbetrag verkaufen.

Pflegekasse

Personen, die zu Hause versorgt werden und bei denen Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, können von der gesetzlichen Pflegekasse Zuschüsse zu so genannten Pflegehilfsmitteln und für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen erhalten. Die Pflegekasse ist bei der jeweiligen Krankenkasse angesiedelt.

Achtung

❖ Der Anspruch gegen die Pflegekasse ist jedoch nachrangig gegenüber Leistungen anderer Sozialversicherungsträger wie der Krankenkasse.

Voraussetzung ist, dass die Hilfsmittel die Pflege erleichtern, Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung ermöglichen. Die Pflegehilfsmittel können somit sowohl dem Betroffenen als auch dem Pflegenden nützen. Hier einige Beispiele: Pflegebetten und Zubehör, Aufstehhilfen, Haltegriffe, Geh- beziehungsweise Duschwagen, Bettpfannen, Urinflaschen und Hausnotrufsysteme sowie Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe und spezielle Hautcreme zur Hautpflege bei Kompressionstherapie

Tipp

❖ Im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung sind auch die Pflegehilfsmittel aufgelistet (Link unter www.rehadat.de).

Kosten

❖ Bevor Sie ein Hilfsmittel kaufen, sollten Sie die Übernahme der Kosten bei der Pflegekasse beantragen und dem Schreiben am besten einen Kostenvorschlag beifügen. So wissen Sie im Vorfeld, welche Kosten erstattet werden oder von Ihnen zu tragen sind. Die Ansprüche aus der Pflegeversicherung sind häufig begrenzt. So stellen Pflegekassen

vorrangig die Pflegehilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, leihweise zur Verfügung. Bei der Anschaffung eines solchen Hilfsmittels muss der Pflegebedürftige zehn Prozent der Kosten, maximal aber 25 Euro pro Hilfsmittel selbst tragen.

Zuzahlungen

...❖ Eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht im Bereich der Krankenversicherung gilt auch gegenüber der Pflegekasse. Die Kosten für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch übernimmt die Pflegekasse bis zu einem Betrag von insgesamt 31 Euro pro Monat. Der Patient muss zunächst das Hilfsmittel zum Verbrauch kaufen und dann die Rechnung bei der Pflegekasse einreichen (so genannte Kostenerstattung).

Beispiel: Pflegebett beziehungsweise behindertengerechtes Bett – Dieses Beispiel zeigt, wie schwierig die Zuordnung zu einem Leistungsträger sein kann, denn das Pflegebett ist sowohl in dem Hilfsmittelkatalog der Krankenkasse als auch dem der Pflegehilfsmittel enthalten. Daraus dürfen den Betroffenen jedoch keine Nachteile erwachsen.

Wenn ein Arzt ein behindertengerechtes Bett verordnet hat, das dem Ausgleich einer Behinderung, der Linderung einer Krankheit (auch zur Verhinderung von Wundliegen) oder der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dient, dann ist die Krankenkasse der richtige

Ansprechpartner. Die Kasse muss erst die Versorgung mit dem Bett genehmigen, bevor das verordnete Bett angeschafft werden kann. Grundsätzlich müssen volljährige Patienten zehn Prozent der jeweiligen Kosten (auch der Leihkosten), jedoch maximal 10 Euro pro Monat tragen.

Tipp

❖ *Patienten sollten darauf achten, dass in der ärztlichen Verordnung der richtige Begriff „behindertengerechtes Bett“ steht. Wird stattdessen ein „Pflegebett“ verordnet, kann es vorkommen, dass Krankenkassen die Genehmigung unter Verweis auf die Leistungspflicht der Pflegekassen versagen.*

Ist eine Pflegebedürftigkeit festgestellt worden, so muss die Pflegekasse ein Pflegebett bereitstellen, wenn dadurch die Pflege erleichtert oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglicht wird. Hierfür ist ein Antrag bei der Pflegekasse erforderlich, einer ärztlichen Verordnung bedarf es hingegen nicht. Bei der Frage, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt beziehungsweise das Pflegehilfsmittel zu gewähren ist, werden in Zweifelsfällen Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorgenommen. Volljährige Pflegebedürftige müssen wie bei anderen Hilfsmitteln zehn Prozent der Anschaffungskosten, höchstens aber 25 Euro zuzahlen. Der Eigenanteil entfällt, wenn das Pflegebett verliehen wird.

Achtung

❖ Wenn Patienten die leihweise Überlassung eines Pflegebettes ablehnen, so müssen sie die Kosten für den Kauf dieses Hilfsmittels grundsätzlich in vollem Umfang selbst tragen.

Wohnungsumbau

Ein wichtiger Schritt, um länger in den eigenen vier Wänden bleiben zu können, ist die Anpassung der Wohnung an die Bedürfnisse der häuslichen Pflege. Die Pflegekasse zahlt einen Zuschuss bis zur Höhe von 2.557 Euro je zusammenhängender Maßnahme, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Die Pflegekasse bezuschusst beispielsweise bei Rollstuhlfahrern Maßnahmen wie die Absenkung des Briefkastens oder die Installation von Lichtschaltern auf Greifhöhe. Bei Bedarf werden etwa auch die Beseitigung von Stolperquellen, der Abbau von Türschwellen oder auch die Vergrößerung von Durchgängen und Türen, der Einbau einer bodengleichen Dusche oder die Anpassung einer Toilette unterstützt.

Die Hilfen sind jedoch nicht dafür vorgesehen, allgemeine Gebrauchsgegenstände anzuschaffen (wie Telefon, Kühlschrank, Waschmaschine) oder Arbeiten zu verrichten, die auch ohne die Pflegebedürftigkeit notwendig wären, wie etwa das Ausbessern von Treppenstufen oder Schönheitsreparaturen.

TIPP

❖ Wenn der Betroffene bedürftig ist, kann der Sozialhilfeträger im Einzelfall solche Kosten übernehmen. Der Umfang möglicher Maßnahmen ist komplex und für Pflegebedürftige ist es häufig sinnvoll, sich bei einer Wohnberatungsstelle vor Ort zu informieren.

Die Einordnung, ob es sich um eine zusammenhängende Wohnungsumbaumaßnahme handelt, kann schwierig sein. So ist die Verbreiterung aller Türen eine zusammenhängende Maßnahme, für die auch nur ein Zuschuss von maximal 2.557 Euro gewährt wird. Eine erneute Beteiligung der Pflegekasse ist ausnahmsweise möglich, wenn sich der Pflegebedarf ändert.

Im Gesetz ist vorgesehen, dass Pflegebedürftige einen angemessenen Eigenanteil zu den Maßnahmen beitragen sollen. Das sind grundsätzlich zehn Prozent der Kosten einer Maßnahme, jedoch nicht mehr als 50 Prozent der monatlichen Bruttoeinnahmen, die dem Betroffenen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen.

Zu bedenken ist, dass andere Kostenträger vorrangig vor der Pflegekasse leisten. Deshalb empfiehlt es sich, gegebenenfalls die Pflegekasse zu bitten, eine Kopie des Antrags und der eingereichten Unterlagen an die zuständige Stelle weiterzuleiten.

Andere Leistungsträger

Daneben können bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation Rentenversicherungsträger, bei einem Arbeitsunfall oder bei Berufskrankheiten die gesetzliche Unfallversicherung sowie zur Ausstattung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes das Arbeitsamt und bei Maßnahmen zur Förderung der Entwicklung eines Kindes auch das Jugendamt als Leistungsträger in Betracht kommen. Das Sozialamt zahlt nachrangig bei Bedürftigkeit des Betroffenen.

Hinweis zu den Servicestellen für Rehabilitation

→ *Betroffene können sich in ihrer Kommune bei den so genannten Servicestellen für Rehabilitation (www.reha-servicestellen.de) erkundigen, wer in ihrem Fall der richtige Kostenträger ist. Man muss nicht befürchten, dass der Antrag beim falschen Kostenträger gestellt wurde, denn bei Nichtzuständigkeit wird das Schreiben in der Regel an die richtige Stelle übermittelt. Es ist am besten, im ersten Antrag einen entsprechenden Hinweis zu geben. Patienten sollten jedoch mit einer Anschaffung so lange warten, bis ein Träger die Kostenübernahme erklärt hat!*

WAS TUN, WENN DER ANTRAG ABGELEHNT WURDE?

Wenn der Antrag abgelehnt wurde, so können Betroffene gegen diese Entscheidung als Mitglied der gesetzlichen Kassen grundsätzlich innerhalb eines Monats Widerspruch beim zuständigen Leistungsträger einlegen. Der Widerspruch muss nicht begründet werden, jedoch ist dringend zu empfehlen, die Notwendigkeit des Hilfsmittels anhand der persönlichen Situation darzustellen und sich durch einen Arzt bescheinigen zu lassen.

Wenn der Widerspruch abgelehnt werden sollte, kann innerhalb einer Monatsfrist Klage vor dem Sozialgericht eingereicht werden. Dabei empfiehlt es sich oftmals, einen Fachanwalt für Sozialrecht einzubeziehen. Wenn über den Widerspruch innerhalb von drei Monaten nach seiner Einlegung nicht entschieden und kein Widerspruchsbescheid erlassen wurde, kann der Versicherte ebenfalls Klage einreichen (so genannte Untätigkeitsklage).

Privatpatienten müssen kein förmliches Widerspruchsverfahren durchlaufen, sondern können innerhalb von drei Jahren nach der ablehnenden Entscheidung Klage vor den Zivilgerichten erheben. Es ist häufig jedoch sinnvoll, der privaten Pflegeversicherung - ähnlich wie bei einem Widerspruch - nochmals seinen Standpunkt

zu erläutern und durch ärztliche Bescheinigungen usw. zu begründen. Die privat Versicherten müssen jedoch, wenn sich keine Einigung mit der Kasse erzielen lässt, eigenständig Klage erheben.

WO BEKOMMT MAN HILFE?

Die Kranken- oder Pflegekasse kann zu den verschiedenen Hilfsmitteln beraten. Oft ist es ratsam, zuvor mit einem Arzt über die medizinische und pflegerische Situation zu sprechen. Daneben gibt es die Servicestellen für Rehabilitation, die über die Versorgung mit Hilfsmitteln informieren. Im Bedarfsfall empfiehlt sich als Rechtsbeistand ein Fachanwalt für Sozialrecht. Eine unabhängige Beratung gewähren auch Patientenberatungsstellen oder Verbraucherzentralen. Betroffene sollten sich nach deren einschlägigen Beratungsangeboten in Wohnortnähe erkundigen.



Ratgeber

„Pflegefall – was tun?“

Leistungen der Pflegeversicherung und anderer Träger verständlich gemacht.

7. Auflage 2008 | 336 Seiten | 12,90 Euro



Ratgeber

„Hilfen im Alltag“

Haushaltsnahe Dienstleistungen selbst organisieren.

1. Auflage 2006 | 152 Seiten | 7,90 Euro

Die Ratgeber erhalten Sie in den Beratungsstellen der Verbraucherzentrale.

Beratungsstellen

→ Beratungsstelle Rostock

Strandstraße 98 | 18055 Rostock
Tel (0381) 208 70-50 | Fax (0381) 208 70-60

→ Beratungsstelle Schwerin

Dr.-Külz-Straße 18 | 19053 Schwerin
Tel (0385) 591 81 10 | Fax (0385) 591 81 20

→ Beratungsstelle Stralsund

Frankenstraße 1-2 | 18439 Stralsund
Tel (03831) 289 26 10 | Fax (03831) 289 26 20

→ Beratungsstelle Neubrandenburg

Kranichstraße 4a | 17034 Neubrandenburg
Tel (0395) 568 34 10 | Fax (0395) 568 34 20

→ Beratungsstelle Güstrow

Mühlenstr. 17 (Eingang Baustr.) | 18273 Güstrow
Tel (03843) 46 53 97 | Fax (03843) 46 69 41

→ Beratungsstelle Wismar

Dr.-Leber-Straße 2 | 23966 Wismar
Tel (0385) 591 81 10 | Fax (0385) 591 81 20

Servicetelefon (keine Beratung)

(0381) 208 70-50

Impressum: Verbraucherzentrale Brandenburg e. V. | Templiner Straße 21 | 14473 Potsdam
in Kooperation mit den Verbraucherzentralen Rheinland-Pfalz e. V. und Berlin e. V.
Gefördert vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz

verbraucherzentrale

Mecklenburg-Vorpommern

Neue Verbraucherzentrale in Mecklenburg und Vorpommern e. V.

Landesgeschäftsstelle
Strandstraße 98 | 18055 Rostock
Telefon (0381) 208 70-0
Telefax (0381) 208 70-30

E-Mail info@nvzmv.de

www.nvzmv.de