

Begriffsklärung und Zuständigkeiten

DER HILFSMITTELABSPRUCH IM EINZELNEN

Für die Kostenübernahme durch den Kostenträger beziehen wir uns auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), da ca. 90% der Bevölkerung über diese abgesichert sind.



Grundlage des Versorgungsanspruchs

Das **SGB V** regelt die medizinischen Aspekte der Versorgung und die Krankenbehandlung. Hier sind als Kostenträger die (gesetzlichen) Krankenkassen zuständig. Damit die GKV die Kosten der Versorgung übernimmt, muss diese nach SGB V §12 „notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein. Das **SGB IX** regelt die Teilhabe und Rehabilitation – hier sind mehrere Kostenträger wie z.B. die Eingliederungshilfe, Sozialhilfe, gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung eingebunden.

§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V geregelt

Für Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen besteht ein Anspruch auf Versorgung. Dieser Anspruch ist aber an drei Voraussetzungen geknüpft.

- 1. Es muss sich um ein Hilfsmittel handeln.
- 2. Dieses Hilfsmittel darf kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens sein.
- 3. Dieses Hilfsmittel muss im Einzelfall erforderlich zur Krankenbehandlung oder zum Behinderungsausgleich sein.
- Nähere Informationen zu diesen Voraussetzungen finden Sie auf den Infoblättern 05-2023 „Hilfsmittel – rechtliche Definition“ und 06-2023 „Erforderlichkeit des Hilfsmittels“.

Weitere Ansprüche

Neben der Versorgung mit Hilfsmitteln haben Versicherte zudem Anspruch auf notwendige
 ■ Änderung der Hilfsmittel, ■ Instandsetzung und Ersatzbeschaffung der Hilfsmittel, ■ Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel, ■ Wartung und technische Kontrollen der Hilfsmittel.

Genehmigung des Hilfsmittels als Voraussetzung

Grundsätzlich gilt, dass eine Hilfsmittelversorgung nicht vor Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgen darf. Hat ein Versicherter ein Hilfsmittel vor Genehmigung durch die Krankenkasse selbst beschafft, hat er vom Prinzip her keinen Anspruch mehr auf eine Versorgung durch die Kasse.

Ausnahmen hiervon bilden unaufschiebbare Leistungen. Wenn in Notsituationen aus medizinischer Sicht die Versorgung mit einem Hilfsmittel sofort nötig ist und keinen weiteren Aufschub duldet, können die Kosten noch im Nachhinein von der Kasse übernommen werden.

Der Nachweis auf einen Versorgungsanspruch wird durch eine ärztliche Verordnung erbracht.

Sie enthält die Diagnose nebst der Beschreibung der Beeinträchtigung, die ausgeglichen werden soll, das Versorgungsziel wird definiert und eine Festlegung der zu verordnenden Produktart 7-Steller. In Einzelfällen ist auch das konkrete Produkt definiert, 10-Steller