

5d. Das Eilverfahren

Für Ihr Kind ist das beantragte Hilfsmittel sehr wichtig. Aus medizinischer Sicht ist Eile geboten und Sie können die Entscheidung des Gerichts nicht abwarten: **In wirklich dringenden Fällen** bietet sich dann **das Eilverfahren** (einstweiliges Rechtsschutzverfahren genannt) an.

- >> Hier wird im Rahmen einer summarischen Überprüfung durch das Sozialgericht **eine vorläufige Entscheidung** getroffen.
- >> **Achtung! Die Anforderungen für dieses Verfahren sind relativ hoch.** Sie müssen genau begründen, warum Sie das Ergebnis des Hauptsacheverfahrens nicht abwarten können.
- >> Erklären Sie, warum Ihr Kind ohne schnelle Versorgung nicht wieder gutzumachende Nachteile hat, z.B. nicht korrigierbare Gesundheitsschäden oder Entwicklungsverzögerungen. **Beraten** Sie sich mit Ihrem Arzt/Therapeuten und **mit einem Fachanwalt, bevor Sie ein solches Eilverfahren anstreben.**

Aspekt Teilhabe/Weitere Zuständigkeiten

Der Begriff Inklusion/Teilhabe nach der UN Behindertenrechtskonvention hat keine neuen rechtlichen Grundlagen, Ansprüche und Zuständigkeiten geschaffen.

Es gilt: Für den individuellen Anspruch einer Hilfsmittelversorgung und deren Bewilligung bleibt die gesetzliche Krankenkasse zuständig. Es gibt auch Hilfsmittelversorgungen, bei denen es nicht klar ist, ob die Krankenkasse oder ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Zu den Rehabilitationsträgern gehören

- >> die Gesetzlichen Krankenkassen,
- >> die Bundesagentur für Arbeit,
- >> die Gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften und ähnliche),
- >> die Gesetzliche Rentenversicherung,
- >> die Träger Eingliederungshilfe und
- >> die öffentliche Jugendhilfe



Zuständigkeitsprüfung

Nicht immer sind die Zuständigkeiten klar. Damit die Klärung dieser Frage nicht zu Ihrem Nachteil wird, hat der Gesetzgeber in § 14 SGB IX eine entsprechende Regelung aufgenommen. (Betrifft nicht Pflegeversicherungen und Schulträger)

- >> Ihr Antrag geht bei einem Kostenträger ein. Dieser muss innerhalb einer Frist von 2 Wochen prüfen, ob er zuständig ist.
- >> Klärt er seine Zuständigkeit innerhalb der Frist nicht, bleibt er zuständig und muss über Ihren Antrag unter Einbeziehung aller in Betracht kommenden rechtlichen Grundlagen entscheiden.
- >> Leitet er den Antrag fristgerecht weiter, muss der zweitangegangene Rehabilitationsträger den Antrag bearbeiten und eine Entscheidung treffen. Hierfür muss er alle infrage kommenden Rechtsgrundlagen berücksichtigen. Zurückschicken oder an einen anderen Träger weiterleiten, darf er den Antrag nicht.

Haben Sie noch Fragen?

Gerne können Sie sich bei uns melden unter:

info@rehaKIND.com

oder telefonisch unter 0231 6103056

Stand: September 2020



Wir wollen gemeinsam Zukunft entwickeln: als Spezialisten und aufmerksame und unbequeme Visionäre für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen.

Ihre Stimme und Ihr Engagement als Eltern ist uns besonders wichtig. Gemeinsam können wir Chancen sichern – für alle Kinder!

Lassen Sie sich kostenfrei als aktiver Unterstützer von rehaKIND registrieren!

www.rehaKIND.com

Internationale Fördergemeinschaft
rehaKIND e.V.

Lütgendortmunder Straße 153
44388 Dortmund

Tel. 0231 6103056

Fax: 0231 6103423

info@rehaKIND.com

www.rehaKIND.com



Eltern-Ratgeber
Hilfsmittelversorgung

Ihr Kind benötigt ein Hilfsmittel

Liebe Eltern, bei der Hilfsmittelversorgung Ihres Kindes sind Sie während des gesamten Versorgungsprozess verantwortliche Ansprechpartner. Viele Personen aus unterschiedlichen Berufen sind daran beteiligt (z.B. Arzt, Therapeut, Sanitätshaus, Erzieher, Betreuer...). Vielleicht werden Ihnen unbekannte Fachbegriffe benutzt oder auf rechtliche Paragraphen verwiesen, die Ihnen unbekannt sind. Hier nicht den Überblick zu verlieren, ist gar nicht so einfach.

Unser Ratgeber informiert Sie zu allen wichtigen Dingen rund um die Hilfsmittelversorgung Ihres Kindes, wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind.

1. Was ist ein Hilfsmittel?

Hilfsmittel sind Gegenstände, die getragen, mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und einem der folgenden Zwecke dienen (§33 Abs. 1 Satz 1, SGB V)

- >> eine Behinderung auszugleichen
- >> den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder
- >> einer drohenden Behinderung vorzubeugen

2. Das Rezept/ die Verordnung

Grundlage einer Versorgung ist eine ärztliche Verordnung, also ein Rezept vom behandelnden Arzt. Darin beschreibt der Arzt möglichst genau die Diagnose und das benötigte Hilfsmittel. Vor der Verordnung können Sie sich z.B. in einem Sanitätshaus erkundigen, welche Hilfsmittel überhaupt in Betracht kommen.

Sie besprechen mit den Experten, welches Hilfsmittel Ihr Kind benötigt und wofür und wo es eingesetzt werden soll.



3. Der Antrag

Damit die Krankenkasse die Kosten für dieses Hilfsmittel übernehmen kann, müssen Sie einen Antrag dort stellen. In der Regel übernimmt diese Aufgabe der Leistungserbringer (Sanitätshaus, Orthopädietechniker u.ä.) Der Antrag besteht in der Regel aus der ärztlichen Verordnung und dem Kostenvorschlag des Leistungserbringers.



4. Die Fristen

- >> Ihr Antrag ist bei der Krankenkasse eingegangen. In Abhängigkeit von der juristischen Definition Hilfsmittelversorgung existieren unterschiedliche Fristen.
- >> Handelt es sich um Hilfsmittel, die den Erfolg der Krankenbehandlung sichern, beträgt die Frist zur Entscheidung **3 Wochen, bei Einschaltung** des medizinischen Dienstes **5 Wochen**.
- >> Bei Hilfsmitteln, die dem Behinderungsausgleich dienen, beträgt die Frist zur Entscheidung faktisch **2 Monate**.
- >> Allgemein kann man sagen, dass sich die Verlängerungen der Fristen, wenn der für die Entscheidung notwendige Sachverhalt ermittelt werden muss, zum Beisp. Unterlagen von Ärzten eingeholt werden müssen. Darüber muss schriftlich unter Angabe von Gründen rechtzeitig informiert werden.
- >> Werden die Fristen nicht eingehalten und Sie haben **keine schriftliche Mitteilung bekommen gilt Ihr Antrag als genehmigt**. Das nennt sich **Genehmigungsfiktion**. Nach der aktuellen Rechtsprechung bedeutet dies, dass Sie sich das Hilfsmittel zwischen Ablauf der oben genannten Fristen und der Entscheidung der Krankenkassen selbst anschaffen müssten. Ohne Anschaffung des beantragten Hilfsmittels auf eigene Rechnung greift die Genehmigungsfiktion nicht. Das ist natürlich alles sehr kompliziert und aufwändig und daher nur selten eine Lösung.

- >> Auch wenn Sie das Hilfsmittel nicht selbst angeschafft haben, sollten Sie Ihre Krankenkasse unter Hinweis auf die ablaufenden Fristen zur Entscheidung auffordern
- >> !!!Denken Sie bitte immer daran, über alle diese Schritte und die Mitteilungen von Ihrer Krankenkasse Ihren ausgewählten Leistungserbringer zu informieren!!! Dieser wird nicht automatisch von der Krankenkasse informiert.

5. Der Bescheid

Die Entscheidung der Krankenkasse über Ihren Antrag heißt Bescheid. Wird der Antrag bewilligt (positiver Bescheid), erhalten Sie das Hilfsmittel von Ihrem Sanitätshaus.



5a. Der Widerspruch

In dem Bescheid hat Ihre Krankenkasse Ihren Antrag vollständig oder zum Teil abgelehnt oder hat etwas anderes genehmigt? Dagegen können Sie Widerspruch einlegen!

- >> Sobald Ihnen diese Ablehnung vorliegt, müssen Sie **innerhalb von 1 Monat schriftlich** gegen diese Entscheidung der Krankenkasse **widersprechen**. Per Mail ist in der Regel nicht schriftlich!
- >> Überschreiben Sie Ihren **Brief mit „Widerspruch“** und **benennen Sie die Entscheidung**, gegen die Sie sich wehren, **so genau wie möglich**. Begründen müssen Sie Ihren Widerspruch zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht. Wenn der MdK eingeschaltet wurde, sollten Sie eine Kopie des Gutachtens des MdK im Rahmen des Akteneinsichtsrechts anfordern. Wichtig ist, innerhalb der Frist von 1 Monat schriftlich Widerspruch einzulegen. **Unterschreiben** Sie Ihren Widerspruch damit er **gültig** ist.
- >> Eine **Begründung** für Ihren **Widerspruch** sollten Sie dennoch **nachreichen**. Sonst ist es für die Krankenkasse sehr einfach, bei ihrer Ablehnung zu bleiben. Holen Sie sich für die Begründung Ihres Widerspruchs **Unterstützung** und neue Argumente bei Ihrem Arzt, Therapeuten oder im Sanitätshaus.

5b. Der Widerspruchsbescheid

- >> Nun muss die **Krankenkasse** aufgrund Ihres Widerspruchs den **Antrag erneut prüfen**.
- >> **Lehnt die Krankenkasse** Ihren Widerspruch erneut ab, nennt man dies **Widerspruchsbescheid**. Gegen diesen können Sie innerhalb einer **Frist von 1 Monat** beim zuständigen Sozialgericht **schriftlich Klage erheben**. Wie beim Widerspruch muss die Klage nicht sofort begründet werden. Hier ist ebenso wichtig, erst einmal die Frist zu wahren. Vor Sozialgerichten besteht kein Anwaltszwang, Sie können die Klage selbst einreichen.

5c. Das Klageverfahren

- >> Für das Klageverfahren ist das Sozialgericht zuständig.
- >> Der Widerspruchsbescheid der Krankenkasse (siehe 5b) liegt Ihnen vor. Darin enthalten ist eine Rechtshilfebelehrung. Dort ist genau beschrieben, wie und wo Sie gegen den Bescheid klagen können.
- >> Das Sozialgerichtsverfahren ist für Sie kostenfrei. Die Begleitung durch einen Anwalt ist nicht vorgeschrieben. Aber: Es gibt im Bereich Hilfsmittel nur wenige gesetzliche Grundlagen. Außerdem sollte man die vielen Rechtsprechungen zu diesem Thema kennen. Deshalb ist die Unterstützung durch einen Fachanwalt sinnvoll. Diesen müssen Sie allerdings selbst bezahlen.
- >> Leider dauern solche Klageverfahren häufig länger als ein Jahr.

