

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 vor dem Sozialgericht das **Verfahren verkürzt** und **eine vorläufige Entscheidung** getroffen.
- >> **Achtung! Die Anforderungen für dieses Verfahren sind relativ hoch.** Sie müssen genau begründen können, warum Sie das Ergebnis des Klageverfahrens nicht abwarten können.
- >> Erklären Sie, warum Ihrem Kind ohne schnelle Versorgung unzumutbare Nachteile hätte, 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 individuelle Anspruch einer Hilfsmittelversorgung und deren Bewilligung bleibt die gesetzliche Krankenkasse zuständig.

Bei Zweitversorgungen oder Hilfsmitteln, die z. B. für die Schule benötigt werden, können jedoch andere Kostenträger (z.B. Rehabilitationsträger nach § SGB IX) zuständig sein. Dies können sein:

- >> die Gesetzlichen Krankenkassen,
- >> die Bundesagentur für Arbeit,
- >> die Gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften und ähnliche),
- >> die Gesetzliche Rentenversicherung und
- >> die öffentliche Sozial- und 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 in 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 entscheiden.
- >> Leitet er den Antrag fristgerecht weiter, muss der angeschriebene Träger den Antrag bearbeiten und eine Entscheidung treffen. Hierfür muss er alle infrage kommenden Rechtsgrundlagen berücksichtigen. Zurückschicken darf er den Antrag nicht.
- >> Für die Bearbeitung des Antrages gelten dann die Fristen wie bei der gesetzlichen Krankenkasse.

Haben Sie noch Fragen?

Gerne können Sie sich bei uns melden unter:

info@rehaKIND.com

oder telefonisch unter 0231 6103056



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 Versorgung Ihres Kindes.

1. Was ist ein Hilfsmittel?

In §33 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird der Begriff Hilfsmittel und dessen Zweck definiert:

- >> Hilfsmittel helfen, die Folgen einer Behinderung bzw. Erkrankung auszugleichen, oder
- >> Hilfsmittel sichern den Erfolg einer Behandlung oder
- >> Hilfsmittel beugen einer drohenden Behinderung vor oder der Verschlechterung des Gesundheitszustandes Ihres Kindes.

2. Das Rezept/die Verordnung

Der erste Weg führt Sie mit Ihrem Kind immer zum Arzt. Grundlage einer Versorgung ist eine ärztliche Verordnung, also ein Rezept. Darin beschreibt der Arzt möglichst genau die Diagnose und das benötigte Hilfsmittel.

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 bei Ihrer Krankenkasse (auch Kostenträger genannt) stellen. In der Regel übernimmt diese Aufgabe das Sanitätshaus. (auch Versorger, Fachhändler oder Leistungserbringer genannt). Mit dem Antrag wird das Rezept des Arztes und einen entsprechender Kostenvoranschlag an Ihre Krankenkasse geschickt.



4. Die Fristen

- >> Ihr Antrag ist bei der Krankenkasse eingegangen.
- >> Innerhalb von **3 Wochen** muss die **Krankenkasse** über diesen Antrag **entscheiden**.
- >> **Die Frist** kann sich auf **5 Wochen verlängern**, wenn die Krankenkasse eine **Stellungnahme** vom z.B. Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) einholt.
- >> Eine Ausnahme von der Frist liegt dann vor, wenn Ihnen die Krankenkasse innerhalb der 3/bzw. 5 Wochen schriftlich mitteilt, dass sie für ihre Entscheidung mehr Zeit braucht und diese Verzögerung auch begründet (z.B. weil ein Gutachter eingeschaltet wird). Die Tatsache, dass die Krankenkasse zu viel zu tun hat und/oder zu wenig Personal hat ist kein Grund, die Frist zu verlängern.
- >> Sind die **3 / 5 Wochen verstrichen** und Sie haben **keine schriftliche Mitteilung** von der Krankenkasse bekommen, **gilt Ihr Antrag als genehmigt**. Das nennt sich **Genehmigungsfiktion**. Die Krankenkasse muss Ihnen das Hilfsmittel, genauso wie es im Kostenvoranschlag beschrieben ist, nun genehmigen. Im Nachgang darf sie diesen Antrag nicht mehr ablehnen und auch nicht Preise reduzieren oder Ihnen ein günstigeres Produkt vorschreiben.

>> **Vorsicht:** Auch wenn Sie im Recht sind und sich das Hilfsmittel jetzt selbst besorgen können: Sie haben **keinen Anspruch** darauf, dass das **Sanitätshaus** diese Versorgung für Sie **vorfinanziert**. Das müssen Sie selbst tun und sich das Geld im Nachgang von der Kasse zurückholen. Das ist oft ein sehr kompliziertes Verfahren.

>> **Fordern** Sie deshalb nach Ablauf **der Frist die Kasse auf**, Ihnen **schriftlich zu bestätigen, dass Ihr Antrag** wegen des Ablaufs der Frist nun **genehmigt ist**.

>> Bekommen Sie **keine schriftliche Bestätigung**, sollten Sie über **rechtliche Schritte** nachdenken und einen **Fachanwalt** befragen.

>> **! Denken Sie bitte immer daran, über alle diese Schritte und die Mitteilungen von Ihrer Krankenkasse Ihr Sanitätshaus zu informieren !**

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 4 Wochen schriftlich** gegen diese Entscheidung der Krankenkasse **widersprechen**.

>> 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. Wichtig ist jetzt nur, innerhalb der Frist von 4 Wochen 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** 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 innerhalb von **3 Monaten ab**, nennt man dies **Widerspruchsbescheid**. Gegen diesen **können Sie** in einer **Frist von 1 Monat** beim zuständigen Sozialgericht **klagen**. Das kann manchmal bis zu einem Jahr dauern.

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.

