Das Reallabor für Technikakzeptanz und Soziale Innovation in der Kopernikusstraße 8 in Wernigerode ist mit einer Vielzahl technischer Hilfsmittel ausgestattet. Sie integrieren sich ganz natürlich in Bad, Küche, Stube und Schlafzimmer. Bei der ersten Führung zu barrierearmem Wohnen interessierten sich die Besucher*innen insbesondere für Finanzierungsmöglichkeiten. Wissenswert für sie: Kosten für Greifzange, Klingelerweiterung und Gehstock können unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenkasse übernommen werden. Denn viele nützliche Geräte kann die Ärztin oder der Arzt auf Rezept verordnen. Um Licht ins Dunkel zu bringen, für welche Geräte diese Möglichkeit besteht, hat das Projekt VTTNetz das Expertenteam des Sanitätshauses Liebe um Geschäftsführerin Alexandra Liebe zu Rate gezogen.



Die Leiterin des Reha-Teams eines regionalen Sanitätshauses, Melanie Gebhardt, erläutert beim Besuch der altersgerechten Wohnung, welche Dinge verordnet werden können und welche Produkte selbst bezahlt werden müssen (siehe Tabelle).

"Der Arzt darf alles aufschreiben an Hilfsmitteln, aber damit die Kosten übernommen werden, benötigt das Hilfsmittel eine Hilfsmittelnummer. Eine Abweichung vom Modell kann daher immer in Frage kommen", sagt sie. Damit ein Gerät überhaupt verschrieben werden kann, muss es von den Krankenkassen zunächst als Hilfsmittel eingestuft und mit einer Nummer gelistet werden. Ein Pflegegrad bzw. eine Pflegestufe muss nicht bestehen, um Anspruch auf so ein Hilfsmittel zu haben und die Kosten erstattet zu bekommen.

Ein Beispiel: "Hat jemand altersbedingt Probleme mit dem Aufstehen, kann ein Katapultsitz beim Aufstehen unterstützend wirken", erläutert Melanie Gebhardt. Möchte der oder die Betroffene den Sitz nicht selbst bezahlen, kann die zuständige Krankenkasse die Kosten übernehmen. "Es kann auch sein, dass die Berufsgenossenschaft oder eine andere Sozialversicherung die Kosten tragen – hier kommt es auf den Einzelfall an", erklärt sie.

In jedem Fall muss der Arzt oder die Ärztin eine ärztliche Verordnung, ein "Rezept", ausstellen.

Dieses kann von dem oder der Betroffenen selbst direkt beim Arztbesuch angefordert werden. "Oder Sie wenden sich direkt an das Sanitätshaus", sagt Melanie Gebhardt. "Wir stellen den Kontakt zum jeweiligen Hausarzt her und fordern das Rezept an. Dann wird das Rezept samt Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse eingereicht." In jedem Fall gilt: Das Rezept ist die Grundlage für die Hilfsmittelversorgung zu Lasten des Kostenträgers.

Bei größeren Investitionen wie zum Beispiel einem Badewannenlifter fordert die Kasse manchmal eine sogenannte Erprobung, um sicherzustellen, dass das Gerät auch geeignet ist. "Die läuft so ab, dass wir vom Sanitätshaus gemeinsam mit der Frau oder dem Mann testen, ob die Anschaffung des Geräts sinnvoll ist. Wir protokollieren den Test am Gerät und reichen das Protokoll bei der Kasse ein." Anschließend stellt die Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger einen Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheid aus. Gegen den Ablehnungsbescheid können Versicherte innerhalb eines Monats schriftlich oder persönlich unter Aufführung von Gründen Widerspruch einlegen.