

## Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel – Informationen zu Kostenträgern und der Beantragung

Hilfsmittel unterstützen im Alltag oder erleichtern die Pflege. In diesem Artikel zeigen wir auf, welche Kostenträger für Hilfsmittel in Frage kommen und worauf bei der Beantragung zu achten ist.

### **Inhaltsverzeichnis**

Das Wichtigste auf einen Blick	<b>1</b>
Hilfsmittel vs. Pflegehilfsmittel: Ein klarer Unterschied	1
Alltagsgegenstände: Was zählt dazu?	1
Wichtige Hinweise zur Beantragung von Leistungen	1
Überblick über Zuständigkeiten und Verfahren im Sozialrecht	<b>2</b>
Medizinische Vorsorge und Medizinische Rehabilitation	2
Teilhabe am Arbeitsleben	2
Soziale Teilhabe	2
Kostenträger im Detail	<b>3</b>
Krankenversicherung (gesetzlich)	3
Krankenversicherung (privat)	4
Pflegeversicherung (gesetzlich und privat)	4
Beihilfe oder freie Heilfürsorge	6
Träger des Rechts der sozialen Entschädigung	6
Unfallversicherung (gesetzlich)	6
Deutsche Rentenversicherung	7
Bundesagentur für Arbeit	7
Integrationsamt	8
Eingliederungshilfe	8

## Das Wichtigste auf einen Blick

### Hilfsmittel vs. Pflegehilfsmittel: Ein klarer Unterschied

Hilfsmittel sind Produkte, die im Einzelfall notwendig sind, um Menschen mit einer Erkrankung, Behinderung oder altersbedingten Einschränkungen im Alltag zu unterstützen. Sie sollen den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen.

Zu ihnen gehören beispielsweise

- Seh- und Hörhilfen z.B. Brillen, Hörgeräte
- Körperersatzstücke z.B. Arm- oder Beinprothesen
- orthopädische Hilfsmittel z.B. orthopädische Schuhe bzw. Schuheinlagen, Bandagen
- Inkontinenz- und Stoma-Artikel
- „andere“ Hilfsmittel z.B. Rollstühle, Hilfen zum Sprechen (Sprechhilfe für Kehlkopflöse) Orientierungshilfen für Blinde

Pflegehilfsmittel sollen die Pflege erleichtern oder die Beschwerden des Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung lindern und ihm eine selbständige Lebensführung ermöglichen.

Es gibt zwei Arten von Pflegehilfsmitteln:

- Technische Pflegehilfsmittel; z.B. Pflegebetten, mobiler Patientenlift, Pflegerollstuhl
- Zum Verbrauch bestimmt Pflegehilfsmittel, dazu zählen Mundschutz, Bettschutzeinlagen, Hygieneartikel, Einmalhandschuhe, Fingerlinge

### Alltagsgegenstände: Was zählt dazu?

Es gibt zudem viele unterstützende Produkte, die auch von Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen genutzt werden, um ihren Alltag zu erleichtern. Dazu zählen u.a. Seniorenbetten, Komfortmatratzen, Fahrräder mit Elektrounterstützung (E-Bikes), spezielle Essbestecke, Trinkbecher oder rutschhemmende Matten. Diese "Gegenstände des täglichen Lebens" fallen nicht in die Leistungspflicht eines Kostenträgers der Sozialen Sicherheit.

### Wichtige Hinweise zur Beantragung von Leistungen

Lassen Sie sich das ärztlich verordnete Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel vor der Bestellung beim Leistungserbringer (u.a. Sanitätshäuser, Orthopädietechnikbetrieben, Apotheken) vom zuständigen Kostenträger genehmigen, sofern dieser nicht direkt die Kosten abrechnen kann. Gegebenenfalls wird vorab eine gutachterliche Stellungnahme vom Medizinischen Dienst/ Sozialmedizinischen Dienst eingeholt. Dieser prüft die medizinische Notwendigkeit und den Umfang der geplanten Versorgung.

Klären Sie die genauen Mehrkosten mit dem Leistungserbringer, wenn Sie eine höherwertige Versorgung wählen.

Erhalten Sie einen Ablehnungs- oder Teilablehnungsbescheid, können Sie innerhalb von vier Wochen nach Eingang, Widerspruch in schriftlicher Form (nicht per Fax oder E-Mail) oder

persönlich beim Kostenträger einlegen. Das Schreiben muss mit Ihrer persönlichen Unterschrift versehen sein. Zur Einhaltung der Frist formulieren Sie kurz den Widerspruch. Eine Begründung kann später nachgereicht werden. So haben Sie Zeit, in Ruhe Rat zu holen und gegebenenfalls weitere ärztliche oder ergänzende Unterlagen einzureichen. Ein Widerspruch kann jederzeit zurückgezogen werden.

Näheres zur Beantragung finden Sie unter [Kostenträger im Detail](#).

## **Überblick über Zuständigkeiten und Verfahren im Sozialrecht**

Die Zuständigkeiten der sozialen Sicherungssysteme und die Zugangsvoraussetzungen zu diesen Leistungen sind in zwölf Sozialgesetzbüchern (SGB) festgelegt. Es kann manchmal schwierig sein, herauszufinden, welcher Kostenträger im Einzelfall zuständig ist.

Wenn ein Leistungsantrag an einen Kostenträger gestellt wird, der sich nicht zuständig fühlt, muss der Antrag innerhalb von zwei Wochen nach Eingang an den richtigen Träger weitergeleitet werden. Dieser entscheidet dann über den Antrag.

Wenn der Antrag nicht weitergeleitet wird, stellt der Rehabilitations-/Kostenträger den Rehabilitationsbedarf anhand seiner geltenden rechtlichen Regelungen umfassend fest und erbringt die notwendigen Leistungen. Muss für diese Feststellung kein Gutachten eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Ist ein Gutachten erforderlich, erfolgt die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt des Gutachtens. Wird der Antrag weitergeleitet, beginnt die Frist mit dem Antragseingang beim neuen Rehabilitationsträger.

Wir haben für Sie einen Überblick über die möglichen Kostenträger zu den einzelnen Leistungsmöglichkeiten erstellt:

### **Medizinische Vorsorge und Medizinische Rehabilitation**

Mögliche Kostenträger sind die gesetzlichen Kranken- oder Pflegekassen, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder die Träger der Sozialen Entschädigung (früher Versorgungsamt). Sie erbringen Hilfsmittel, die zur Krankenbehandlung, zum Ausgleich oder zur Vorbeugung einer Behinderung sowie bei Pflegebedürftigkeit benötigt werden.

### **Teilhabe am Arbeitsleben**

Die Zuständigkeit für die Beantragung von Hilfsmitteln, die am Arbeitsplatz oder für den Arbeitsweg benötigt werden, kann bei der Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Arbeitsagentur oder dem Integrationsamt liegen.

### **Soziale Teilhabe**

Hilfsmittel, die für die persönliche Lebensführung und Freizeitgestaltung erforderlich sind, können im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen übernommen werden. Zuständig hierfür können die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, das Fachamt Eingliederungshilfe (ehemals Sozialamt) oder die Träger der sozialen Entschädigung sein.

## Kostenträger im Detail

### Krankenversicherung (gesetzlich)

Die Krankenkasse kann Hilfsmittel übernehmen, wenn sie für die medizinische Rehabilitation oder zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit notwendig sind.

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin stellt eine Hilfsmittelverordnung aus, die auf Ihrem Gesundheitszustand und der medizinischen Notwendigkeit basiert. Dabei muss das verordnete Hilfsmittel auch wirtschaftlich sein, das heißt, es soll ausreichend und sinnvoll sein und darf nicht mehr kosten, als unbedingt nötig ist. Wenn Sie aufgrund Ihrer körperlichen Einschränkung ein spezielles Hilfsmittel benötigen, sollte dies genau auf der Verordnung angegeben und ärztlich begründet werden. So kann die Krankenkasse nachvollziehen, warum eventuell ein anderes Hilfsmittel verordnet wurde. Wenn es mehrere geeignete und wirtschaftliche Hilfsmittel gibt, haben Sie die Wahl.

Mit der ärztlichen Verordnung gehen Sie zu einem Anbieter. Sie können alle Leistungserbringer nutzen, die mit Ihrer Krankenkasse einen Vertrag haben. Die Preise richten sich nach den Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Anbietern. Sie haben Anspruch auf eine Versorgung ohne Mehrkosten. Wenn Sie sich jedoch für ein hochwertigeres Hilfsmittel entscheiden, wird Ihnen der Anbieter die Mehrkosten in Rechnung stellen. In diesem Fall müssen Sie eine [Erklärung](#) unterschreiben.

Kann der Leistungserbringer das Hilfsmittel direkt mit der Krankenkasse abrechnen, erhalten Sie es sofort. Andernfalls müssen Sie einen Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse einreichen. Dort wird geprüft, ob:

- das Hilfsmittel geeignet ist,
- alternative Versorgungsmöglichkeiten bestehen,
- die bereits bestehende Versorgung ausreichend ist.

Hochwertige technische Produkte, wie Rollstühle oder Beatmungsgeräte werden oft nur leihweise zur Verfügung gestellt.

Sofern medizinische Fragestellungen bestehen, beauftragt die Krankenkasse den [Medizinischen Dienst](#). Sie werden über die Entscheidung zur Leistung informiert.

Der Anspruch umfasst nicht nur die Bereitstellung des Hilfsmittels, sondern auch Änderungen, Reparaturen, Ersatzbeschaffungen und eine Anleitung zur Benutzung. Auch eine ggf. erforderliche Wartung und technische Kontrollen sind enthalten.

*Wo finde ich die zugelassenen Hilfsmittel?*

Der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen führt ein [Hilfsmittelverzeichnis](#). Dort sind die Produkte aufgelistet, die von den Krankenkassen übernommen werden können. Das Verzeichnis ist nicht vollständig, sondern dient als Orientierung für Versicherte, Anbieter, Vertragsärzte und Krankenkassen.

Es ist nach Therapiezielen in Gruppen unterteilt. Jedes Produkt hat eine zehnstellige Positionsnummer. Um die Kostenübernahme durch die Krankenkasse eindeutig zu klären, sollte die Nummer auf der ärztlichen Verordnung vermerkt sein.

Beispiel: Dusch-/Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit

18. 46. 01. 4 XXX	Positionsnummer auf der ärztlichen Verordnung
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge (Produktgruppe)
46	Innenraum (Anwendungsort)
01	Dusch-/Toilettenrollstuhl (Untergruppe)
4	Dusch-/Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit (Produktart)
xxx	Einzelprodukt mit Produktnamen und Herstellerangabe

Wenn ein Hilfsmittel auch als Gebrauchsgegenstand genutzt wird, kann ein Zuschuss für den Hilfsmittelanteil gezahlt oder ein Eigenanteil berücksichtigt werden. Dazu zählen beispielsweise orthopädische Schuhe, behindertengerechte Autokindersitze, Blitz- oder Vibrationswecker oder spezielle Kinderwagen für gehandicapte Kinder.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in einer [Liste](#) festgelegt, welche Hilfsmittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischem Nutzen oder geringem Abgabepreis von der Krankenkasse **nicht** übernommen werden dürfen.

#### Gesetzliche Zuzahlung

Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel wie Inkontinenzhilfen oder Spritzen müssen Sie zehn Prozent des von der Krankenkasse übernommenen Betrags zahlen, jedoch höchstens zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.

Für alle anderen Hilfsmittel gilt eine Zuzahlung von zehn Prozent, mindestens jedoch fünf Euro und maximal zehn Euro. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung befreit. Wenn Sie hohe Zuzahlungen leisten, können Sie Ihre Krankenkasse kontaktieren, um Ihre individuelle Belastungsgrenze zu berechnen.

#### Krankenversicherung (privat)

Die Versorgung mit Hilfsmitteln in der privaten Krankenversicherung hängt von Ihrem individuell abgeschlossenen Vertrag ab. Es ist wichtig, dass Sie beim Abschluss des Vertrags darauf achten, welche Leistungen bezüglich der Hilfsmittelversorgung abgedeckt sind. Informieren Sie sich genau über die Bedingungen und die Höhe der Erstattung, um sicherzustellen, dass Sie im Bedarfsfall optimal abgesichert sind.

#### Pflegeversicherung (gesetzlich und privat)

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Dies gilt, sofern die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Kostenträgern (beispielsweise

Unfallversicherungsträger, Träger des Rechts der sozialen Entschädigung zu übernehmen sind.

Es gibt zwei Arten von Pflegehilfsmitteln:

- Technische Pflegehilfsmittel; z.B. Pflegebett, mobiler Patientenlift, Pflegerollstuhl
- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel; dazu zählen Mundschutz, Bettschutzeinlagen, Hygieneartikel, Einmalhandschuhe, Fingerlinge

Um Pflegehilfsmittel zu erhalten, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden.

Im Rahmen der Pflegebegutachtung sollten Sie den konkreten Bedarf an Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln mit dem Medizinischen Dienst (MD) oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter:innen besprechen. Wenn der Gutachter im Pflegegutachten entsprechende Empfehlungen ausspricht, wird dies als Antrag auf die benötigten Leistungen betrachtet, vorausgesetzt, die pflegebedürftige Person stimmt dem zu.

Auch Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung und Beratung Empfehlungen zur [Antragstellung](#) abgeben. Diese Regelungen sollen das Antragsverfahren vereinfachen, damit wichtige Hilfsmittel zur Förderung der Selbstständigkeit schneller und unkomplizierter bewilligt werden. Eine ärztliche Verordnung ist in der Regel nicht notwendig.

Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis gibt einen Überblick darüber, welche Hilfsmittel im Rahmen der Pflegeversicherung bereitgestellt oder leihweise überlassen werden. Dieses Verzeichnis ist nicht abschließend. Die Pflegehilfsmittel sind ebenfalls im [Hilfsmittelverzeichnis](#) eingetragen.

Grundsätzlich kann die Pflegekasse die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des MD überprüfen lassen. Dabei spielt nicht der Pflegegrad eine Rolle, sondern der individuelle Bedarf. Entscheiden Sie sich für eine Ausstattung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, sind die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten von Ihnen selbst zu tragen.

Bis zu 42 Euro (Stand: 01. Januar 2025) pro Monat werden übernommen, für Hilfsmittel, die wegen der Beschaffenheit Ihres Materials oder aus hygienischen Gründen i.d.R. nur einmal benutzt werden können. Diese Hilfsmittel werden auch Pflegeverbrauchshilfsmittel genannt. Höhere Ausgaben müssen Sie selbst bezahlen.

Falls ein Hilfsmittel nicht eindeutig der Kranken- oder Pflegekasse zugeordnet werden kann, klären die Träger dies untereinander. Es gilt die gesetzliche Zuzahlung der Krankenversicherung.

### *Digitale Pflege-Anwendungen*

Digitale Pflege-Anwendungen (DiPA) sind digitale Lösungen, die Pflegebedürftigen helfen, ihre Selbstständigkeit zu erhalten oder zu verbessern. Diese Anwendungen werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüft und zugelassen. Nur solche, die alle Anforderungen an Funktion, Sicherheit und Datenschutz erfüllen, kommen in ein offizielles Verzeichnis. Derzeit stehen noch keine DiPA zur Verfügung.

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 können bis zu 53 Euro (Stand: 01. Januar 2025) monatlich als Zuschuss für DiPA erhalten. Diese Bewilligung ist zunächst befristet, wird jedoch überprüft

und kann unbefristet verlängert werden, wenn die DiPA den Bedürfnissen gerecht wird. Für darüberhinausgehende Funktionen müssen die Mehrkosten selbst getragen werden.

### *Gesetzliche Zuzahlung*

Für technische Pflegehilfsmittel gilt ein Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro. Bei leihweisen Überlassungen entfällt die Zuzahlung. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung befreit.

### **Beihilfe oder freie Heilfürsorge**

Wenn Sie Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder freie Heilfürsorge haben, zahlt die Pflegekasse die Leistung jeweils zur Hälfte. Klären Sie im Voraus mit Ihren Dienstherrn, welche Regelungen für Sie gelten.

### **Träger des Rechts der sozialen Entschädigung**

Menschen, die ohne eigenes Verschulden zu Schaden gekommen sind, haben in bestimmten Situationen das Recht auf eine Entschädigung. Dazu gehören zum Beispiel:

- Opfer von Gewalttaten
- Kriegsoffer
- Ereignisse, die mit dem Zivildienst zusammenhängen
- Anerkannte Impfschäden
- Menschen, die unter dem Unrecht der SED gelitten haben

Das Soziale Entschädigungsrecht wurde durch das Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch - Soziale Entschädigung (SGB XIV) das am 1. Januar 2024 in Kraft trat, umfassend überarbeitet. Es gelten Übergangsvorschriften.

Wenn jemand Hilfsmittel benötigt, muss der Antrag dafür bei der zuständigen [Unfallkasse des Landes](#) gestellt werden. Geschädigte erhalten für anerkannte Schädigungsfolgen Hilfsmittel in Art und Umfang gemäß den Grundsätzen der Leistungserbringung der gesetzlichen Unfallversicherung.

Falls ein Hilfsmittel aus anderen Gründen benötigt wird (nicht aufgrund von Schädigungsfolgen), ist der Antrag an die Krankenkasse zu richten. Pflegehilfsmittel werden durch die Pflegekassen bereitgestellt, auch wenn diese schädigungsbedingt erforderlich sind.

Informieren Sie sich bei Ihrem [Versorgungsamt](#), Bereich Soziales Entschädigungsrecht, welcher Kostenträger ggf. für welche Leistung auftragsweise zuständig ist.

### **Unfallversicherung (gesetzlich)**

Die [Unfallversicherungsträger](#) (Berufsgenossenschaften) kümmern sich bei einem Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit um die Versorgung. Sie bietet alles, was man braucht, aus einer Hand. Das heißt, die medizinische, berufliche und soziale Unterstützung sind miteinander verbunden und stellen einen ganzheitlichen Rehabilitationsprozess dar, welches durch ein Reha-Management gesteuert wird.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen der medizinischen Rehabilitation umfasst beispielsweise die Bereitstellung von Körperersatzstücken, orthopädischen Hilfsmitteln und Rollstühlen. Dazu gehören auch notwendige Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen. Außerdem lernen Sie wie man diese richtig benutzt. Die Regelungen dazu finden Sie in der [UV-Hilfsmittelrichtlinie](#) der DGUV.

Zu den Unterstützungen am Arbeitsplatz (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) erhalten Sie Hilfsmittel oder technischen Arbeitshilfen, die Ihnen helfen Ihren Beruf oder Ausbildung auszuüben. Auch bei der Anschaffung eines [Kraftfahrzeuges](#) können Sie Unterstützung erhalten. Arbeitgeber können Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb bekommen.

Zu den Leistungen der [Sozialen Teilhabe](#) gehören beispielsweise Hilfsmittel (technische Hilfen), Assistenzhunde, Anpassung von Alltagsgegenständen sowie weitere Hilfen, die Ihnen bei der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe am Arbeitsleben helfen.

## **Deutsche Rentenversicherung**

Die Deutsche Rentenversicherung ([DRV](#)) besteht aus 16 eigenständigen Trägern. Jeder Träger bearbeitet die Anträge in eigener Zuständigkeit. Es ist wichtig, dass Sie sich immer an Ihre zuständige DRV wenden.

Das Hilfsmittel, das Sie beantragen, soll dazu beitragen, dass Sie arbeiten können. Es muss Ihre Fähigkeit zu arbeiten erhalten, verbessern oder wiederherstellen. Wenn der Arbeitgeber oder die gesetzliche Krankenversicherung nicht zahlen müssen, kann ggf. die DRV helfen. Der Arbeitgeber ist dafür verantwortlich, dass der Arbeitsplatz ergonomisch eingerichtet ist. Die DRV kann zusätzlich für eine individuelle behindertenbedingte Arbeitsplatzausstattungen Kosten übernehmen.

Zu den Hilfsmitteln und technischen Arbeitshilfen zählen unter anderem orthopädische Ausstattungen wie Fußschutz und Arbeitsschuhe sowie der berufsbedingte Bedarf an Hörhilfen.

Darüber hinaus kann die DRV-Zuschüsse für ein Auto gewähren, beispielsweise für den Kauf oder für eine behindertengerechte Zusatzausstattung. Auch die Kosten für das Erlangen einer Fahrerlaubnis oder die Beförderung durch Transportdienste (wie Taxi) können übernommen werden. Voraussetzung ist, dass aufgrund der Behinderung eine dauerhafte Nutzung eines Autos erforderlich ist, um den Arbeitsort zu erreichen.

Neben den medizinischen Voraussetzungen müssen auch die versicherungsrechtlichen Kriterien erfüllt sein. Dazu gehören unter anderem eine Wartezeit von 15 Jahren, der Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder die Leistung von mindestens sechs Monaten Pflichtbeiträgen in den zwei Jahren vor der Antragstellung.

## **Bundesagentur für Arbeit**

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist zuständig für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, es sei denn, ein anderer Rehabilitationsträger hat Vorrang. Wenn beispielsweise die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen der Deutschen



Rentenversicherung nicht erfüllt sind, kann ein Antrag auf Beschaffung von Hilfsmitteln bei der BA gestellt werden. Neben der Bereitstellung von Hilfsmitteln können auch weitere Hilfen zur Förderung der Beschäftigung gewährt werden, wie beispielsweise die Kosten für technische Arbeitshilfen oder notwendige Arbeitsassistenz.

## **Integrationsamt**

Als Orientierung gibt das Integrationsamt folgenden Leitsatz aus: „Für arbeitsplatzerleichternde Maßnahmen ist das Integrationsamt zuständig, für arbeitsplatzerhaltende Maßnahmen ein Rehabilitationsträger.“

Anerkannte Schwerbehinderte, die im Arbeitsleben stehen, erhalten unter anderem Unterstützung mit Hilfsmitteln, sofern betriebliche oder persönliche Gründe vorliegen, die notwendig sind, um den Arbeitsplatz zu erreichen, eine selbständige Existenz zu erhalten oder an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten teilzunehmen. Ihr [Integrationsamt](#) informiert Sie über die genauen Voraussetzungen.

## **Eingliederungshilfe**

Die Hilfsmittelversorgung durch die Träger der Eingliederungshilfe erfolgt nur, wenn kein anderer Kostenträger vorrangig zuständig ist. Dabei sind gegebenenfalls Einkommens- und Vermögensgrenzen zu beachten. In Hamburg informiert das [Fachamt für Eingliederungshilfe](#) über die genauen Voraussetzungen.