

**Größtmögliche  
Unterstützung  
in jeder Lebenslage**





# Häusliche Pflege

Immer mehr Menschen sind auf Pflege angewiesen. Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen. Dies ist nicht nur eine Folge der demografischen Entwicklung. Plötzliche Pflegebedürftigkeit kann auch nach einer Tumorerkrankung oder einem Schlaganfall entstehen.

Oft geht der Pflegebedürftigkeit jedoch ein Krankheitsfall voraus. Das heißt, Leistungen aus der Krankenversicherung wurden bereits in Anspruch genommen. Bei einer weiter bestehenden Pflegebedürftigkeit können Pflegeleistungen über die Pflegekasse, also über das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI), beantragt werden.

Auf den nächsten Seiten finden Sie Informationen, welche Leistungen zu welchem Zeitpunkt sinnvollerweise in Anspruch genommen werden können.

Ziele der »Häuslichen Pflege«:

- Die Ermöglichung einer weitestgehend selbstständigen Lebensführung unter Einbeziehung der Fähigkeiten und Ressourcen von Pflegebedürftigen
- Erleichterung der Pflege für pflegende Angehörige und Pflegepersonal

Ihr reha team-Berater vor Ort steht Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

# Häusliche Pflege

## Häusliche Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt

Unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt besteht die Möglichkeit, als Leistung der Krankenkasse »häusliche Krankenpflege« und »häusliche Behandlungspflege« zu beantragen. Der Pflegebedürftige wird hierbei in seinem häuslichen Umfeld im Bereich der Grundpflege (Mobilisation, Körperpflege etc.) und der Behandlungspflege (Wundversorgung, Spritzen etc.) durch einen zugelassenen Pflegedienst versorgt. Diese Versorgungsform wird für den Zeitraum von vier Wochen gewährleistet. In begründeten Ausnahmefällen kann dieser Zeitraum verlängert werden.

## Häusliche Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Anspruch auf Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz hat der Versicherte, der wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer – voraussichtlich jedoch für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedarf. Seit dem 1. Juli 2008 ist die Pflegeversicherung reformiert und in ihren Leistungen verbessert worden.

## Ein Angehöriger wird zum Pflegefall – die ersten Schritte

Ziel des Pflegeversicherungsgesetzes ist es, dem Pflegebedürftigen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Wird ein Familienmitglied zum Pflegefall, sind vor allem folgende Punkte zu bedenken:

### Feststellung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit

- Frühzeitig, bereits während eines stationären Aufenthalts, bei absehbarer Pflegebedürftigkeit einen Antrag auf Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz stellen.
- Im häuslichen Bereich den Antrag ebenso frühzeitig mit dem Hausarzt absprechen.
- Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (oder andere unabhängige Gutachter) stellt den Grad der Pflegebedürftigkeit fest und stuft den Patienten ein (Formular über die zuständige Pflegekasse).
- Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der Einstufung durch den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter.
- Die Einstufung sollte im Interesse des Pflegebedürftigen auf der Grundlage eines korrekt ausgefüllten Pfl egetagebuchs erfolgen.



## Pflege-Neuausrichtungsgesetz: Änderungen seit 2013

Seit Januar 2013 greift die nächste Reform der Pflegeversicherung, das sogenannte Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Wir geben einen Überblick, was sich für Pflegedürftige und pflegende Angehörige ändern wird:

### Verbesserungen der Leistungen für Demenzkranke

Seit 2013 erhalten Demenzkranke ohne körperlichen Pflegebedarf (Pflegestufe 0), neben dem heute schon auf Antrag bei den Pflegekassen erhältlichen 100 bzw. 200 Euro monatlichen Zuschuss für zusätzliche Betreuungsleistungen, erstmals ein Pflegegeld von monatlich 120 Euro bei Betreuung durch Angehörige oder Pflegesachleistungen bis zu 225 Euro bei Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst.

Bei Demenz erhalten Pflegebedürftige in Pflegestufe I monatlich ein um 70 Euro erhöhtes Pflegegeld von 305 Euro oder um 215 Euro höhere Pflegesachleistungen bis zu 665 Euro. Demenzkranke Pflegebedürftige in Pflegestufe II erhalten ein um 85 Euro höheres Pflegegeld von 525 Euro oder um 150 Euro höhere Pflegesachleistungen von bis zu 1.250 Euro. In der Pflegestufe III gibt es jedoch keine Leistungserhöhung.

Außerdem gibt es erstmals für Demenzkranke und psychisch Kranke mit eingeschränkter Alltagskompetenz die volle Verhinderungspflegeleistung bei Abwesenheit von pflegenden Angehörigen (1550 Euro für bis zu 28 Tage im Jahr) sowie Zuschüsse für genehmigte Wohnungsanpassungen (bis zu 2557 Euro pro Maßnahme) und technische Hilfsmittel wie ein Pflegebett. All diese Leistungen erhielten bisher nur anerkannte Pflegebedürftige mit rein körperlichen Gebrechen.

### Neues Wahlrecht bei ambulanter Pflege

Pflegebedürftige oder dessen Angehörige können bei ihrem ambulanten Pflegedienst künftig wählen, ob dieser ihnen die Pflege und Betreuung nach bisherigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen (Beispiel: Ganzkörperwäsche oder Vollbad) oder eine bestimmte Zeit für die Pflege garantieren soll. Gemeinsam mit dem Pflegedienst sollen sie entscheiden, welche Leistungen nach Zeitvolumen in Anspruch genommen werden.

### Förderung von altersgerechten Wohnformen

Pflegebedürftige in selbst organisierten Wohngemeinschaften erhalten bei Pflegestufe I–III künftig pro Bewohner (bei mindestens drei Pflegebedürftigen) 200 Euro Zuschuss, um ihren erhöhten Organisationsaufwand finanzieren zu können. Außerdem werden notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung von neuen ambulant betreuten Wohngruppen mit 2500 Euro pro Person, höchstens aber 10 000 Euro pro Wohngruppe gefördert. Diese Maßnahme ist zeitlich befristet bis Ende 2015.

# Häusliche Pflege

## Verbesserungen für pflegende Angehörige

Die Bedürfnisse pflegender Angehöriger sollen von der Krankenversicherung künftig stärker berücksichtigt werden, wenn sie Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarf haben. Leichter sollen sie künftig eine Auszeit von der Versorgung eines Pflegebedürftigen nehmen können.

## Mehr Geld für Pflege durch Angehörige

Das Pflegegeld für häusliche Pflege durch Angehörige wird in Zukunft zur Hälfte weiter gezahlt, wenn der Pflegebedürftige Kurzzeitpflege nach Klinikaufenthalten oder Verhinderungspflege wegen Urlaubs oder Krankheit von pflegenden Angehörigen in Anspruch nehmen muss. Bisher wurde die Zahlung des Pflegegelds für diese Zeit eingestellt.

## Rentenabsicherung pflegender Angehöriger

Um rentenrechtlich abgesichert zu sein, müssen pflegende Angehörige mindestens 14 Stunden pro Woche häuslich pflegen. Auf diese Mindeststundenzahl wird zukünftig auch die häusliche Pflege von mehreren Pflegebedürftigen angerechnet.

## Mehr Rechte für Pflegebedürftige und Angehörige

Gestärkt werden die Rechte Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen gegenüber den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Ein Beratungstermin soll innerhalb von zwei Wochen nach Antrag auf Pflegeleistungen angeboten werden. Auf Wunsch soll die Beratung zu Hause beim Antragsteller stattfinden.

Der Antragsteller/Pflegebedürftige erhält zudem automatisch eine Auskunft, ob die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist.

Kann der MDK Pflegebedürftige oder Antragsteller auf Pflegeleistungen nicht innerhalb von vier Wochen begutachten, müssen die Pflegekassen dem Versicherten mindestens drei andere Gutachter zur Auswahl nennen.

Liegt der Entscheid über die Begutachtung nicht innerhalb von vier Wochen vor, müssen Pflegekassen pro überzogene Woche 70 Euro als erste Versicherungsleistung an den Versicherten zahlen.

Auf Wunsch des Antragstellers muss das ausführliche schriftliche Gutachten zur Pflegeeinstufung jederzeit zugesandt werden.



## Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz:

### Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit

**Wer?** Patient, Angehöriger  
**Wie?** Formular der Kranken-/Pflegekasse  
**Wo?** Antrag bei der Kranken-/Pflegekasse

- Festlegung der Pflegestufe
- Umfang der geeigneten, notwendigen und zumutbaren Maßnahmen
- Art, Umfang u. Dauer der Maßnahmen in Absprache mit dem Hausarzt
- Individueller Pflegeplan

### Häusliche Pflege

Die **Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)** enthält keine Geldleistung, sondern soll die Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn unterstützen, indem Pflegefachkräfte als Sachleistung hinzugezogen werden können. Es gelten nachfolgende Pflegesätze, die direkt an den Pflegedienst gezahlt werden:

Pflegestufe (monatlich)	ab 2012	ab 2013 Demenzkranke
Stufe 0	0,00 EUR	225,00 EUR
Stufe 1	450,00 EUR	665,00 EUR
Stufe 2	1.100,00 EUR	1.250,00 EUR
Stufe 3*	1.550,00 EUR	1.550,00 EUR

\* in Härtefällen ab 2012: 1.918,00 Euro

Das **Pflegegeld (§ 37 SGB XI)** kann anstelle der häuslichen Pflegehilfe direkt gezahlt werden und dient dem Zweck, die Pflege in häuslicher Umgebung selbst zu organisieren. Im Sinne einer Qualitätskontrolle und Hilfestellung werden professionelle Beratungen in der Häuslichkeit durchgeführt. Es gelten nachfolgende Pflegesätze:

Pflegestufe (monatlich)	ab 2012	ab 2013 Demenzkranke
Stufe 0	0,00 EUR	120,00 EUR
Stufe 1	235,00 EUR	305,00 EUR
Stufe 2	440,00 EUR	525,00 EUR
Stufe 3	700,00 EUR	700,00 EUR

Die **Kombination aus Sach- und Geldleistung (§ 38 SGB XI)** kommt dann in Betracht, wenn der Pflegebedürftige die ihm zustehende Sachleistung bis zum Höchstbetrag nicht ausgeschöpft hat, so dass ihm der Restbetrag in Form einer Geldleistung auf Antrag anteilig ausgezahlt wird. An diese Kombinationsleistung ist der Pflegebedürftige dann sechs Monate gebunden.

Im Fall der **häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)**, ob Krankheit oder Urlaub, zahlt die Pflegeversicherung die Kosten für eine Ersatzpflegekraft max. bis zu vier Wochen pro Jahr. Einen Anspruch auf Pflegevertretung hat die Pflegeperson bereits nach sechs Monaten Vorpflegezeit. Es gelten nachfolgende Pflegesätze:

<b>Verhinderungspflege alle Pflegestufen (monatlich)</b>	ab 2012	<b>1.550,00 EUR</b>
--	---------	---------------------

# Häusliche Pflege

## Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz:

### Leistungen im Pflegeheim

Unter der **Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)** als **teilstationäre Pflege** versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Gewährt wird teilstationäre Pflege nur, wenn dies im Einzelfall erforderlich ist – beispielsweise weil häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung gestellt werden kann. Durch die Pflegereform können Tages- und Nachtpflege und Sach- bzw. Geldleistungen so kombiniert werden, dass der Gesamtanspruch auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages steigt. Es gelten nachfolgende Pflegesätze:

Pflegestufe (monatlich)	ab 2012
Stufe 1	450,00 EUR
Stufe 2	1.100,00 EUR
Stufe 3	1.550,00 EUR

Insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt ist eine **Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)** möglich. Die Leistung der Pflegeversicherung für die Kurzzeitpflege unterscheidet sich betragsmäßig nicht nach Pflegestufen, sondern steht unabhängig von der Einstufung allen Pflegebedürftigen in gleicher Höhe zur Verfügung. Es gelten nachfolgende Pflegesätze:

<b>Kurzzeitpflege alle Pflegestufen (monatlich)</b>	ab 2012	<b>1.550,00 EUR</b>
---	---------	---------------------

Die **vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)** wird Ihnen gewährt, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Die Pflegekasse kann die Notwendigkeit der vollstationären Pflege vom MDK prüfen lassen, mit Ausnahme der Pflegestufe III. Entsprechend der Pflegestufe zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Sachleistungsbetrag an das Pflegeheim, der wie folgt gestaffelt ist:

Pflegestufe (monatlich)	ab 2012
Stufe 1	1.023,00 EUR
Stufe 2	1.279,00 EUR
Stufe 3*	1.550,00 EUR

\* in Härtefällen ab 2012: 1.918,00 Euro

### Unterscheidung der Pflegestufen zu Körperpflege, Ernährung und Mobilität

Pflegestufe 0 Erheblich eingeschränkte Alltagkompetenz	Pflegestufe I Erhebliche Pflege	Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diagnosen: Demenz Alzheimer Krankheit u. a.</li> <li>■ Verlangt einen Bedarf an Grundpflege</li> <li>■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen</li> <li>■ Mindestens 1x täglich Hilfe</li> <li>■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mindestens dreimal täglich Hilfe zu verschiedenen Tageszeiten</li> <li>■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Täglich Hilfe rund um die Uhr, auch nachts</li> <li>■ Zusätzlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung</li> </ul>



## Checkliste für die häusliche Pflege

Maßnahmen	Wie geht das?
Antrag auf »Krankenhausüberleitungspflege« nach § 37 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 SGB V.	Antragsformular über Kasse, Krankenhaussozialdienst und Pflegedienste erhältlich.
Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst, oder andere unabhängige Gutachter nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI).	Antragsformular bei der Kranken- oder Pflegekasse anfordern, innerhalb von ca. sechs Wochen kommt es zur Einstufung durch den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter.
<b>Entscheidung über Pflegeform</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Pflege im häuslichen Umfeld selbst übernehmen</li><li>■ Pflege im häuslichen Umfeld durch Pflegedienst</li><li>■ Kombinationsleistung</li><li>■ Teilstationäre Pflege</li><li>■ Pflege im Pflegeheim</li></ul>	Beratung durch Krankenhaus, Kassen, Pflegeverein oder Ihrem reha team-Partner vor Ort.
<b>Pflegebett</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Elektrisch verstellbar</li><li>■ Höhenverstellbar</li><li>■ Fahrbar</li><li>■ Ggf. mit Bettseitenteilen</li><li>■ Ggf. mit Beistelltisch oder Bettnachtschrank</li><li>■ Ggf. höhenverstellbarem Einlegerahmen für Ehebett</li></ul>	Beratung bei Ihrem reha team-Partner vor Ort.
<b>Veränderungen im Wohnumfeld</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Bad und Toilette</li><li>■ Türrahmenvergrößerung</li><li>■ Rampen (etc.)</li></ul>	Beratung bei Ihrem reha team-Partner vor Ort.
<b>Hilfsmittel für Bad und Toilette</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Badewannenlifter</li><li>■ Badewannenbrett</li><li>■ Toilettenstuhl</li><li>■ Toilettensitzerhöhung</li><li>■ Ergonomische Griffe</li></ul>	Beratung bei Ihrem reha team-Partner vor Ort.
<b>Hilfsmittel zur Mobilisation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Rollstuhl</li><li>■ Gehwagen</li><li>■ Rollator</li><li>■ Patientenlifter</li><li>■ Haltegürtel</li><li>■ Gleitdecken, Umlagerungshilfen</li></ul>	Beratung bei Ihrem reha team-Partner vor Ort.

# Häusliche Pflege

## Pflegehilfsmittel Definition: § 40 Abs. 1 SGB XI:

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung zu leisten sind.

Pflegehilfsmittel werden nur bezahlt, wenn eine Pflegebedürftigkeit mit entsprechender Einstufung vorliegt und eine Leistungspflicht der Krankenkassen entfällt. Bei Handicaps durch eine Krankheit oder Behinderung bleibt die Krankenkasse für die Finanzierung von Hilfsmitteln weiterhin zuständig.

### reha team-Info

Der Antrag auf die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden. Eine Absprache mit dem Hausarzt ist dennoch empfehlenswert. Pflegehilfsmittel belasten nicht das Budget des Arztes.

Für technische Hilfsmittel – keine Verbrauchsgüter – haben Pflegebedürftige, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, eine Zuzahlung von 10 %, maximal jedoch 25,- Euro je Hilfsmittel, selbst zu entrichten (in Härtefällen Befreiung möglich) – es sei denn, das Hilfsmittel wird leihweise zur Verfügung gestellt.

## Finanzierung von Pflegehilfsmitteln

Zum **Verbrauch** bestimmte Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse bis zu einem Betrag von 31,- Euro pro Monat bezahlt. Zu den Verbrauchsgütern zählen:

- Einmalhandschuhe, Fingerlinge
- saugende Bettschutzeinlagen für den einmaligen Gebrauch
- Desinfektionsmittel
- Mundschutz
- Kleidungsschutz (Schürzen)

Zum **Gebrauch** bestimmte Pflegehilfsmittel werden ohne Obergrenzen vergütet. Zu den Gebrauchsgütern zählen:

- Pflegebetten
- Bettzubehör
- Beistelltische
- Bettpfannen
- Urinflaschen
- Kopfwashbecken
- Ganzkörperwaschsysteme
- Duschwagen



Pflege zu Hause – eine mutige, aber auch zeit- und kraftaufwendige Entscheidung. Oftmals sind Pflegedienste und Sozialstationen die bessere Alternative.



## Was ist ein Hilfsmittel?

Was ein Hilfsmittel ist und der Anspruch darauf sind in § 33 SGB V definiert.

Hier heißt es:

»Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankheitsbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.«

Im Sinne des Gesetzes soll ein Hilfsmittel also an die Stelle eines nicht mehr funktionstüchtigen Körperorgans treten und weitgehend dessen beeinträchtigte Funktion (gehen, stehen, greifen etc.) erleichtern, ergänzen, ermöglichen oder ganz übernehmen. Die Aufgabe eines Hilfsmittels ist somit der Ausgleich eines körperlichen Funktionsausfalls. Des Weiteren gibt es Hilfsmittel, die den Erfolg einer Krankenhausbehandlung sichern. Beispiele hierfür sind Antidekubitusmatratzen bei Vorliegen eines Dekubitus, Orthesen zur Ruhigstellung der Glieder nach einem Knochenbruch, u. ä.

### Allgemeines

Seit dem 1. April 2007 besteht **eine Leistungspflicht** der Krankenkassen, auch wenn der schwerstbehinderte, pflegebedürftige Mensch trotz seines körperlichen Defizits nicht mehr zu rehabilitieren ist. Die Versorgungsleistungen durch die Krankenkassen umfassen auch notwendige Wartungen und technische Kontrollen der Hilfsmittel. Dem pflegebedürftigen, behinderten Menschen bzw. dessen Angehörigen wird also die Verantwortung abgenommen, sich selbst um die Sicherheit des Hilfsmittels kümmern zu müssen.

Die Krankenkasse übernimmt im Regelfall die Kosten für die Versorgung mit einem Hilfsmittel. Diese Leistung ist dann ausreichend und zweckmäßig und überschreitet nicht das Maß des Notwendigen. Darüber hinaus hat das reha team auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu berücksichtigen. Das heißt, das reha team ist gehalten, ein gleich wirkendes aber kostengünstigeres Hilfsmittel zu bevorzugen, soweit nicht die Versorgung mit einem bestimmten Hilfsmittel medizinisch begründet ist.

Es kann jedoch durchaus vorkommen, dass Ihnen die Versorgung mit dem vorgesehenen Hilfsmittel, obschon es den gesetzlichen Anforderungen entspricht, im Material, in der Zusammensetzung oder im Rahmen der Zubehörausstattung nicht zusagt. Sie haben dann die Möglichkeit, das Hilfsmittel auf eigene Kosten Ihren Wünschen entsprechend anpassen zu lassen. Diese sogenannte »wirtschaftliche Aufzahlung« ist grundsätzlich immer möglich. Lassen Sie sich durch Ihr reha team beraten.

# Der kleine Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung

## Ich benötige ein Hilfsmittel. Was muss ich hierfür tun?

Sofern Sie das Hilfsmittel nicht selbst bezahlen wollen und Sie gegenüber einem Sozialversicherungsträger anspruchsberechtigt sind, übernimmt der zuständige Kostenträger, beispielsweise die Krankenkasse oder die Berufsgenossenschaft, hierfür im Regelfall die Kosten. Dies setzt voraus, dass der Kostenträger eine ärztliche Verordnung (»Rezept«) erhält, auf der die Versorgung mit einem Hilfsmittel ausgewiesen ist.

Dies bedeutet, dass Sie immer zunächst einen Arzt aufsuchen müssen, um das Rezept zu erhalten. Auch wenn Sie zunächst ein care team aufsuchen, um mit den Mitarbeitern die medizinisch notwendige Versorgung mit einem Hilfsmittel vorab zu erörtern, müssen Sie danach einen Arzt aufsuchen, der Ihnen das Hilfsmittel auch verschreibt. Denn das Rezept ist die Grundlage für die Hilfsmittelversorgung zu Lasten des jeweiligen Kostenträgers.

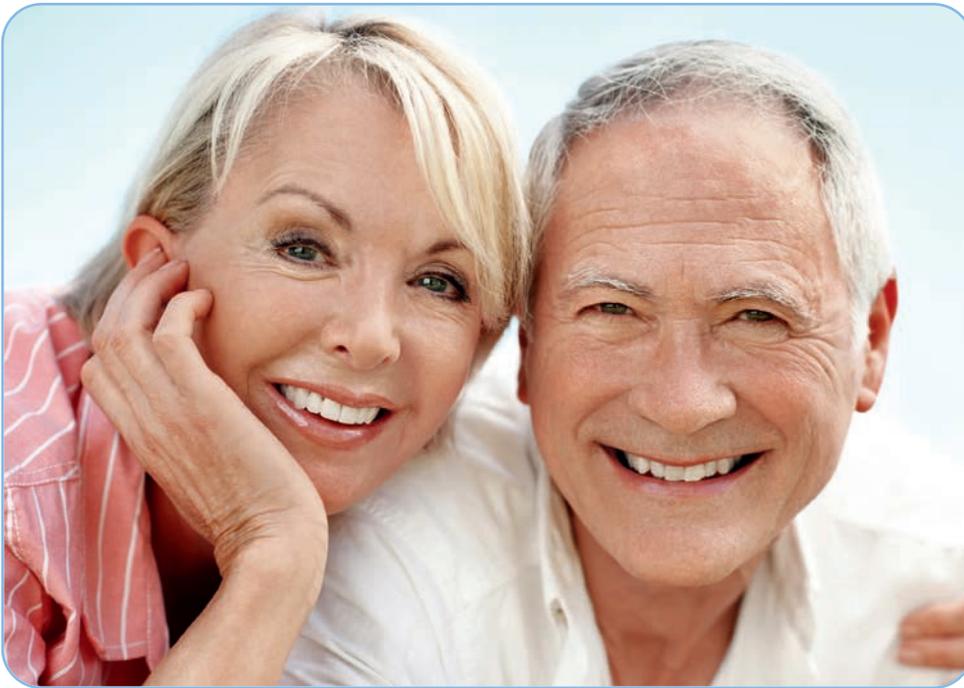
Mit dem Rezept erstellt das care team für Sie einen Kostenvoranschlag und beantragt die Kostenübernahme beim zuständigen Kostenträger.

## Was passiert mit dem Kostenvoranschlag des reha teams?

Sie haben Anspruch auf eine qualitativ hochwertige und fortschrittliche Versorgung, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Der Kostenträger prüft zunächst, ob das verordnete Hilfsmittel entsprechend den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben zur Therapie oder zum Ausgleich einer Behinderung medizinisch notwendig ist. Der Sachbearbeiter muss jedoch auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Auge behalten. Dies bedeutet, dass er prüfen muss, ob eine gleichwertige, aber kostengünstigere Versorgung zur Verfügung steht. Im Fall der Überprüfung einer Verordnung zu Lasten der Krankenkasse wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet. Der MDK beschäftigt Mediziner, die überprüfen, ob das verordnete Hilfsmittel medizinisch erforderlich ist.

## Wie kann das Ergebnis dieser Überprüfung lauten, und wie geht es dann weiter?

Hält der Kostenträger die verordnete Hilfsmittelversorgung für erforderlich, so schickt er einen Bewilligungsbescheid an Sie und benachrichtigt das reha team, das den Kostenvoranschlag gefertigt hat. Das care team führt die Versorgung mit dem bewilligten Hilfsmittel aus.



Kommt der Kostenträger hingegen zu der Überzeugung, die Versorgung mit dem Hilfsmittel sei nicht notwendig, stellt er Ihnen einen Ablehnungsbescheid aus. Das reha team kann die Versorgung zunächst nicht durchführen.

## Was kann ich tun, wenn die Hilfsmittelversorgung abgelehnt wurde? Was muss ich hierbei beachten?

Gegen den Ablehnungsbescheid können Sie als Versicherter schriftlich oder bei dem Kostenträger persönlich und mündlich zur Niederschrift Widerspruch einlegen. Hierzu haben Sie ab dem Zeitpunkt des Zugangs des Ablehnungsbescheids einen Monat Zeit. Das Widerspruchsverfahren ist für Sie kostenlos.

In diesem sogenannten Widerspruchsverfahren soll dem Kostenträger nochmals die Gelegenheit eingeräumt werden, den Ablehnungsbescheid zu überprüfen. Daher ist zu empfehlen, dass Sie den Widerspruch schriftlich verfassen und Ihre Gründe aufzählen, warum Sie mit dem Ablehnungsbescheid nicht einverstanden sind. Denn auch Ihre Gründe können im Rahmen der Überprüfung wichtig werden.

## Wie endet solch ein Widerspruchsverfahren und welche Möglichkeiten habe ich dann?

Entscheidet der Kostenträger, dass der ursprüngliche Ablehnungsbescheid zu Unrecht ergangen ist, erlässt er einen Abhilfebescheid und die Versorgung mit dem beantragten Hilfsmittel kann durchgeführt werden.

Lehnt der Kostenträger Ihr Begehren erneut ab, ergeht ein Widerspruchsbescheid. Gegen diesen Widerspruchsbescheid können Sie vor dem örtlich zuständigen Sozialgericht Klage erheben. Das Verfahren vor dem Sozialgericht ist für Sie kostenlos. Für die fristgemäße Erhebung der Klage haben Sie erneut einen Monat ab Zugang des Widerspruchsbescheides Zeit.

# Der kleine Leitfaden zur Hilfsmittelversorgung

## Ich bin gesetzlich krankenversichert. Kann ich mir mein Sanitätshaus aussuchen?

Bis zum 31. Dezember 2009 konnten Sie jedes Sanitätshaus Ihrer Wahl mit der Versorgung beauftragen. Seit dem 1. Januar 2010 müssen Sanitätshäuser Vertragspartner Ihrer Krankenkasse sein, um Sie mit Hilfsmitteln versorgen zu dürfen. Hat das von Ihnen ausgesuchte Sanitätshaus keinen Vertrag mit Ihrer Krankenkasse, so können Sie sich dennoch von ihm versorgen lassen, wenn Sie bei der Krankenkasse besondere Gründe vorbringen. Dieses sogenannte »berechtigte Interesse« kann zum Beispiel bei einem langjährigen Vertrauensverhältnis oder bei Eingriffen in die Intimsphäre vorliegen. Allerdings müssen Sie die Mehrkosten selbst tragen, wenn das von Ihnen ausgewählte vertragslose Sanitätshaus teurer ist als das vertraglich gebundene Sanitätshaus.

## Gilt das freie Wahlrecht auch für ausgeschriebene Hilfsmittel?

Hat Ihre Krankenkasse ein oder mehrere Hilfsmittel ausgeschrieben und ein Sanitätshaus hat den Zuschlag erhalten, so verweist Ihre Krankenkasse Sie auf dieses Sanitätshaus. Sie können dann nicht mehr unter mehreren Vertragspartnern aussuchen. Der Ausschreibungssieger hat ein exklusives Versorgungsrecht.

Wenn Sie jedoch ein »berechtigtes Interesse« vorbringen können, haben Sie auch in diesem Fall die Möglichkeit, das Sanitätshaus Ihrer Wahl mit der Versorgung beauftragen zu können. Jedoch auch hier gilt, dass Sie die hierdurch verursachten Mehrkosten selbst tragen müssen.

## Muss ich mich an den Kosten für eine Hilfsmittelversorgung beteiligen?

Der Gesetzgeber hat – wie schon bei der Arzneimittelversorgung – festgelegt, dass gesetzlich Krankenversicherte Zuzahlungen von 10 % für jedes Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), jedoch mindestens 5 € und maximal 10 € leisten müssen. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels. Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz). Dann gilt: Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 € pro Monat.



## Ein Angehöriger ist pflegebedürftig oder befindet sich in einem Pflegeheim. Hat er auch dann Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln?

Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen einer Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Das Hilfsmittel muss im Einzelfall erforderlich sein, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Hinsichtlich des »Ausgleichens der Behinderung« genügt es, wenn der Gegenstand die erschwerte Funktion ermöglicht, ersetzt, erleichtert oder ergänzt. Dient ein medizinisch notwendiges Hilfsmittel den individuellen Bedürfnissen der Patienten und wird es nicht allein zur Pflegeerleichterung eingesetzt, so ist es grundsätzlich verordnungsfähig. Die Leistungspflicht liegt bei der Krankenkasse.

## Es gibt auch Leistungen aus der Pflegeversicherung. Was kann ich von wem beanspruchen?

Der Anspruch auf die Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln ist vorrangig an die Krankenkasse zu richten. Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege haben neben dem Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln gem. § 33 SGB V gegenüber der Krankenkasse auch Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (saugende Bettschutzeinlagen, Schutzbekleidung, Desinfektionsmittel) gegenüber der Pflegeversicherung. In der stationären Pflege werden diese vom Pflegeheim vorgehalten. Die Abgrenzung zwischen den Hilfsmitteln, die auf Kosten der Pflegeversicherung und der Krankenkasse erfolgen, war lange Zeit umstritten. Das Bundessozialgericht hat mit seinen Urteilen vom 6. Juni 2002 und 24. September 2002 klargestellt, dass Hilfsmittel,

- die zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung individuell notwendig sind und
- für die eine medizinische Indikation gegeben ist (ärztliche Verordnung),

von den Krankenkassen zu erstatten sind. Dies gilt bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege. Eine Vorhaltepflcht für Hilfsmittel im Pflegeheim besteht nur, wenn das Heim entsprechende Vertragsvereinbarungen mit der Pflegeversicherung getroffen hat. Eine ärztliche Verordnung für Hilfsmittel muss in jedem Fall vorliegen.

# Hilfsmittelversorgung im stationären Pflegeheim

## Auszüge aus dem Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen (vom 26. März 2007)

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel bereitzustellen ...

Hilfsmittel, die der Durchführung der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung dienen, sind vom Pflegeheim vorzuhalten.

Hilfsmittel, die von den Bewohnern gemeinsam genutzt werden, fallen regelmäßig in die Zuständigkeit der stationären Pflegeeinrichtung.

Bei Hilfsmitteln, die allgemein zur Prophylaxe eingesetzt werden, steht der Aspekt der Pflegeerleichterung im Vordergrund, so dass eine Vorhaltepflcht der Pflegeeinrichtung besteht.

## Gleichwohl haben Heimbewohner einen Anspruch auf individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, sofern:

- Der Verwendungszweck des Hilfsmittels nicht überwiegend in der Durchführung und Erleichterung der Grundpflege liegt.
- Das Hilfsmittel zur Behandlung einer akuten Erkrankung (Behandlungspflege) bzw. dem Ausgleich einer Behinderung dient. Das gilt auch dann, wenn eine Selbstbestimmung oder Rehabilitation des Versicherten nicht mehr möglich ist.
- Das Hilfsmittel zur Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses dient und ausschließlich von einem Versicherten genutzt wird.
- Das Hilfsmittel individuell für einen Versicherten bestimmt ist und nur von ihm genutzt wird.

Unter Beachtung obiger gesetzlicher Vorgaben und Empfehlungen können im Regelfall folgende Hilfsmittel zu Lasten der GKV, verordnet werden:



<b>PG</b>	<b>Hilfsmittel</b>	<b>Ja</b>	<b>Besonderheit</b>
01	Sekret-Absauger	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
02	Greifhilfe, Schreib- u. Lesehilfe	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
03	Applikationshilfen	✓	
05	Bandagen	✓	
06	Bestrahlungsgeräte	✓	
08	Einlagen	✓	
09	Elektrostimulationsgeräte	✓	
10	Fahrbare Gehhilfen, Gehstöcke, Gehstützen u. Gestelle	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
11	Dekubitus-Sitz- und Liegehilfen	✓	akute Behandlung und direkte Nachsorge (nicht Prophylaxe)
12	Tracheostomahilfen	✓	
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
15	Inkontinenzhilfen	✓	(nicht zur Pflegeteigerung)
16	Kommunikationshilfen	✓	(außer Signalanlagen)
17	Kompressionstherapie-Hilfsmittel	✓	
18	Rollstühle	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt (nicht zur Pflegeteigerung)
20	Lagerungshilfen zur Unterstützung und Behandlung	✓	aus therapeutischen Zwecken im Einzelfall erforderlich (nicht zur Pflegeteigerung)
21	Messgeräte für Körperzustände	✓	ausschließlich vom jew. Versicherten genutzt
23	Orthesen	✓	
24	Prothesen	✓	
26	Sitzhilfen	✓	
29	Stomaartikel	✓	
30	Schienen	✓	
31	Schuhe und Zurichtungen	✓	

# Neues Patientenrechtegesetz (PRG) tritt in Kraft

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patienten (Patientenrechtegesetz) hat am 1. Februar 2013 den Bundesrat passiert. Durch das neue Gesetz sollen die bisher in unterschiedlichen Gesetzen geregelten Patientenrechte gebündelt und die Stellung der Patienten im Gesundheitssystem gestärkt werden.

## Begegnung auf Augenhöhe

Das neue PRG hat vor allem ein Ziel: Es soll die Position der Patienten gegenüber Medizinern und Krankenkassen stärken und die Rechte der Verbraucher und Beitragszahler an zentraler Stelle im Gesetz verankern. Zentrales Element ist ein im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankerter Behandlungsvertrag, der die Beziehung zwischen Arzt und Patient (aber auch zu anderen Heilberufen wie Heilpraktikern, Hebammen und Psycho- oder Physiotherapeuten) regelt.

Behandelnde Ärzte sind zukünftig dazu verpflichtet, ihre Patienten verständlich und umfassend über erforderliche Untersuchungen, Diagnosen und Therapien zu informieren.

Vor einem medizinischen Eingriff muss der Arzt den Patienten in einem persönlichen Gespräch ausführlich über mögliche Risiken und Alternativen aufklären und ihm außerdem Zeit zur Entscheidungsfindung geben.

Falls Kosten für eine Behandlung nicht von der Krankenkasse des Patienten übernommen werden, muss der Mediziner seinen Patienten ausdrücklich darauf hinweisen.





## Dokumentationspflichten und Einsicht in Patientenakten

Im neuen PRG wird geregelt, dass Patientenakten vollständig und sorgfältig zu führen sind. Fehlt die Dokumentation oder ist sie unvollständig, wird in einem möglichen Prozess zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist.

Patienten wird zukünftig ein gesetzliches Recht zur Einsichtnahme in ihre Patientenakte eingeräumt, das nur unter strengen Voraussetzungen und nur mit einer Begründung abgelehnt werden darf.

## Versicherte sollen ihre Leistungen schneller erhalten

Krankenkassen müssen spätestens innerhalb drei Wochen – bei Einschaltung des medizinischen Dienstes innerhalb fünf Wochen – über einen Leistungsantrag (zum Beispiel für Rehamaßnahmen) entscheiden.

Bei vertragszahnärztlichen Anträgen hat die Krankenkasse innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden. Sollte die Krankenkasse in dieser Frist nicht reagiert haben, so gilt die Leistung als bewilligt, es sei denn, die Krankenkasse teilt einen hinreichenden Grund für die Fristüberschreitung mit.