

BERATUNGSSTANDPUNKT

HILFSMITTELVERSORGUNG: WER TRÄGT EIGENTLICH DIE KOSTEN?

Zusammenfassung

Der Einsatz von Hilfsmitteln soll auftretende Probleme aufgrund von Krankheit mildern oder verhindern, vorhandene Behinderungen ausgleichen und Selbstständigkeit in der Lebensführung wiederherstellen. Je nach Einsatzbereich übernehmen verschiedene Kostenträger die Kosten für benötigte Hilfsmittel. Die Zuständigkeiten sind abgegrenzt und liegen in der Regel bei der Krankenversicherung oder der Pflegeversicherung. Die entsprechenden gesetzlichen Regelungen finden sich **im § 33 SGB V und im § 40 SGB XI**. Auch können in Einzelfällen die Rentenversicherung (§ 15 SGB VI) und die Unfallversicherung (§ 31 SGB VII) zuständig sein. So übernimmt die Unfallversicherung die Versorgung mit Hilfsmitteln nur dann, wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufsunfähigkeit vorliegt. Die Rentenversicherung dagegen bezahlt Hilfsmittel nur im Rahmen der medizinischen Rehabilitation.

Außer für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI) sind Zuzahlungen für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zu leisten. Damit gesundheitliche Probleme nicht auch noch zu einem finanziellen Problem führen, gibt es die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung.

Problemlage

Trotz gesetzlicher Regelungen kommt es im Alltag immer wieder zu Problemen, welcher Kostenträger für die Beschaffung und Finanzierung von Hilfsmitteln zuständig ist. Insbesondere die Hilfsmittelbeschaffung von Hilfsmitteln mit Doppelfunktion ist oft unklar. Auch im Pflegeheim ist die Zuständigkeit nicht immer eindeutig. Pflegebedürftige stehen immer wieder vor dem Problem, wer die Kosten übernehmen muss: Heim, Pflege- oder Krankenversicherung oder der Bewohner selbst.

Inhalt

- » Sachverhalt
- » Sonderfall Hilfsmittel mit Doppelzweck
- » Sonderfall Mehrfachausstattung mit Hilfsmittel
- » Sonderfall Pflegeheim
- » Weiterführende Informationen



Sachverhalt

Welcher Kostenträger für die Beschaffung und Finanzierung von Hilfsmitteln zuständig ist, richtet sich danach,

- » welche Art von Hilfsmittel benötigt wird,
- » ob Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1-5) besteht,
- » zu welchem Zweck es eingesetzt wird oder wo die oder der Hilfsmittelbedürftige lebt

Hilfsmittel werden leistungsrechtlich unterschieden in Hilfsmittel **der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV - (§ 33 SGB V)** und in Pflegehilfsmittel **der Pflegeversicherung (§ 40 SGB XI)**. Das Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung enthält eine Auflistung derjenigen Hilfsmittel, deren Kosten nach der Hilfsmittel-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 SGB V) von der GKV übernommen werden müssen. Des Weiteren werden ebenfalls Pflegehilfsmittel aufgeführt, die im sogenannten Pflegehilfsmittelkatalog dargestellt sind.

Sonderfall Hilfsmittel mit Doppelzweck

Bei Hilfsmitteln mit einem Doppelzweck, die sowohl der Pflegeerleichterung als auch der individuellen Nutzung wie dem Ausgleich einer körperlichen Behinderung und größerer Selbstständigkeit dienen, ist die Zuordnung nicht immer eindeutig. Entscheidend für die Abgrenzung ist, ob das Hilfsmittel vorwiegend zur Pflege eingesetzt oder für andere Bedürfnisse genutzt wird. Zur besseren Abgrenzung der jeweiligen Zuständigkeiten haben die Spitzenverbände der Krankenversicherungen eine Richtlinie zur Festlegung der doppelunktionalen Hilfsmittel (RidoHiMi) aufgelegt.

Diese Richtlinien bestimmen die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl

- » Vorsorgezwecken (§ 23 SGB V),
- » der Krankenbehandlung,
- » der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder dem Behinderungsausgleich (§ 33 SGB V)
- » der Pflegeerleichterung,
- » der Linderung von Beschwerden des Pflegebedürftigen
- » der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung (§ 40 SGB XI)

dienen können (doppelfunktionale Hilfsmittel). Außerdem regelt sie das Verhältnis zur Aufteilung der Ausgaben für die doppelunktionalen Hilfsmittel zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung für alle Kassen nach einheitlichen Maßstäben. Dadurch entfällt bei den Kranken- und Pflegekassen die bisher erforderliche aufwändige Abgrenzung der Leistungszuständigkeit im Einzelfall.

Diese Richtlinien gelten allerdings nicht für Ansprüche auf Versorgung mit Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen die Beihilfeansprüche haben (§ 28 Abs. 2 SGB XI).



Sonderfall Mehrfachausstattung mit Hilfsmittel

Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln kann nur dann verordnet werden, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch die oder den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Als Mehrfachausstattung sind funktionsgleiche Mittel anzusehen. Hinweise hierzu ergeben sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis. (HilfsM-RL § 6 Abs.8).

Sonderfall Pflegeheim

Der Paragraph 40 SGB XI ist rechtssystematisch den Leistungen bei häuslicher Pflege zugeordnet. Für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen hat die Einrichtung typisches Inventar für die Pflege (Pflegehilfsmittel) bereit zu stellen, um gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ausreichend und angemessen pflegen zu können. Gleichwohl haben die Heimbewohner gemäß § 33 SGB V einen Anspruch auf die individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Welche Hilfsmittel in vollstationären Pflegeeinrichtungen von der Krankenkasse oder vom Träger der Einrichtung zu übernehmen sind, ergibt sich aus den Gemeinsamen Verlautbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 27.03.2007 (Abgrenzungskatalog zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen).

Vom Heim sind generell folgende Hilfsmittel bereitzustellen:

- » Hilfsmittel des üblichen Pflegebetriebs (z.B. Pflegebetten, Bettpfannen, Einmalhandschuhe usw.)
- » Hilfsmittel zur Prophylaxe (z. B. Dekubitusmatratzen zur Verhinderung von Druckgeschwüren etc.)
- » Hilfsmittel für die Allgemeinheit (z.B. ein einfacher Schieberollstuhl zur Erleichterung des Transports der Pflegebedürftigen etc.)

Alle Hilfsmittel, die nicht vom Pflegeheim vorgehalten und zur Verfügung gestellt werden müssen, müssen über eine Verordnung vom Arzt bei der Krankenkasse beantragt werden.

In die Zuständigkeit der Krankenversicherungen für Bewohner eines Heimes fallen:

- » Hilfsmittel zur Behandlung einer akuten Erkrankung bzw. zum Ausgleich einer Behinderung, auch wenn diese unmittelbar droht. Das gilt auch, wenn eine Rehabilitation nicht mehr möglich ist oder der jetzige Zustand der Behinderung nicht mehr verbessert werden kann. (z.B.: Ernährungspumpe)
- » Hilfsmittel, die der Durchführung der Behandlungspflege dienen. Dies gilt zeitlich begrenzt auch für die Nachsorge. (z.B. Dekubitusmatratze)



- » auf den einzelnen Heimbewohner zugeschnittene und nur von ihm genutzte Hilfsmittel, wenn sie medizinisch notwendig sind. (z. B. orthopädisch angepasste Schuhe oder Beinprothese)
- » Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses dienen und ausschließlich von einer Person benutzt werden und nicht typisches Inventar des jeweiligen Pflegeheims sind. (z.B. Lesegerät eines erblindeten Heimbewohners)
- » Gegenstände, die hauptsächlich zum Behinderungsausgleich eingesetzt werden, auch wenn sie gleichzeitig die Grundpflege ermöglichen oder erleichtern. (z.B. Einmalwindeln für einen Menschen mit Behinderung durch eine Tetraspastik wenn dieser durch ihren Einsatz in die Lage versetzt wird, am Gemeinschaftsleben teilzunehmen)



» Nützliches am Ende

Zuzahlungen: Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben eine grundsätzliche Zuzahlung für Pflegehilfsmittel von 10 Prozent der Kosten zu leisten, jedoch höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB XI).

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 2 SGB XI) sind keine Zuzahlungen zu entrichten, die Kosten werden allerdings nur bis zu einem monatlichen Betrag von 42 € übernommen.

Für Hilfsmittel aus der gesetzlichen Krankenversicherung die zum Verbrauch bestimmt sind (zum Beispiel Insulinspritzen), fällt eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten pro Packung an - maximal aber zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf. Für alle anderen Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregel von 10 Prozent - mindestens jedoch fünf Euro und maximal 10 Euro. Dieser Betrag muss an den Hilfsmittelanbieter entrichtet werden.

Damit es aufgrund der Zuzahlung zu den Pflege-Hilfsmitteln zu keiner finanziellen Überforderung des Versicherten kommt, können die Versicherten ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden. Hier gelten die Befreiungsregelungen für die Pflegeversicherung analog der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 62 SGB V). Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch kranke Versicherte beträgt die Belastungsgrenze ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen.



Das für Sie zuständige Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz NRW finden Sie unter:

<https://alter-pflege-demenz-nrw.de/die-landesinitiative/>

Weiterführende Informationen:

REHADAT, Hilfsmittel und Arbeitshilfen

Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/Hilfsm-RL)

Gemeinsamer Bundesausschuss, Hilfsmittel

Verlautbarung_GKV_WSG_270307

Heil- und Hilfsmittelversorgung | BAG Selbsthilfe

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zu doppelfunktionalen Hilfsmitteln

Hilfsmittel | KVWL

Kassenärztliche Bundesvereinigung Verordnung Hilfsmittel

Impressum:

Fach- und Koordinierungsstelle Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz NRW –
Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der
Träger der Pflegeversicherung NRW, Gürzenichstr. 25, 50667 Köln

Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESV ERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

