

Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel

Antragstellung, Kosten und Versorgung

Mit zunehmendem Alter lassen Kraft, Konzentration und Bewegungsfähigkeit nach. Bei diesem meist schleichendem Prozess fallen nach und nach die alltäglichen Aufgaben schwerer. Es gibt die verschiedensten Gegenstände oder Geräte, die helfen, körperliche Defizite auszugleichen, den Alltag möglichst selbstständig zu bestreiten, den Gesundheitszustand zu beobachten und/oder die häusliche Pflege zu erleichtern.

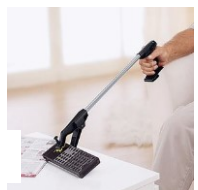
Was ist ein Hilfsmittel?

Von einem **Hilfsmittel** spricht man genau genommen, wenn dieses von einem Arzt als medizinisch notwendig eingestuft und verordnet wird. Es handelt sich in der Regel um Gegenstände, die eine körperliche Behinderung z. B. aufgrund einer Krankheit ausgleichen oder zur Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen längerfristig beitragen. **Für die Kosten von Hilfsmitteln, die im Hilfsmittelverzeichnis bzw. Hilfsmittelkatalog gelistet sind, kommt die Krankenkasse bzw. die private Krankenversicherung auf.** Hilfsmittel werden entweder von der Kasse gekauft oder leihweise zur Verfügung gestellt.

Davon abzugrenzen sind **Pflegehilfsmittel**. Sie sind als unterstützende Maßnahmen definiert, welche die häusliche Pflege ermöglichen oder erleichtern. **Für diese Art Hilfsmittel ist** gemäß Sozialgesetzbuch SGB XI **die Pflegekasse zuständig**. Voraussetzung hierfür ist ein anerkannter **Pflegegrad**. Man unterscheidet technische Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittel für Körperpflege und Hygiene und zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, auf die ein monatlicher Anspruch besteht. Zu den Kosten für **technische Pflegehilfsmittel** müssen Pflegebedürftige ab dem 18. Lebensjahr einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel, zahlen. Größere technische Pflegehilfsmittel (z.B. Pflegebett) werden oft leihweise überlassen, sodass eine Zuzahlung entfällt.

Ist die Einordnung nicht ganz klar, weil ein Hilfsmittel sowohl eine Behinderung ausgleicht als auch die Pflege erleichtert, spricht man von einem **doppelfunktionalen Hilfsmittel**.

Foto: www.walzvital.de



Die Krankenkasse bzw. die Krankenversicherung sowie die daran angeschlossene Pflegekasse teilen sich in der Regel die Kosten dafür und koordinieren intern die Kostenübernahme.

Darüber hinaus gibt es **Alltagshilfen**, die bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben unterstützen. Liegt ein Rezept vor, zahlt die Krankenkasse, andernfalls muss man selbst für die Kosten aufkommen.

Übersicht:

	Funktion	Beispiele	Voraussetzung	Kostenträger
Hilfsmittel	Ausgleich einer Behinderung	Brillen, Hörgeräte, Prothesen, Kompressionsstrümpfe, Rollstühle, Inkontinenzeinlagen	Ärztliche Verordnung (Rezept)	Krankenkasse/ Krankenversicherung
Pflegehilfsmittel	Erleichterung oder Sicherstellung der häuslichen Pflege	Pflegebetten, Lagerungshilfen, Hebegeräte, Notrufsysteme, Lifte, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Anerkannter Pflegegrad und die Pflege von zu Hause aus	Pflegekasse
Doppel-funktionale Hilfsmittel	Ausgleich einer Behinderung und Erleichterung der häuslichen Pflege	Duschstuhl, Bade- und Toilettenhilfen, Behindertenfahrzeug	Anerkannter Pflegegrad und/oder ärztliche Verordnung	Krankenkasse/ Krankenversicherung und/ oder Pflegekasse teilen sich i. d. R. die Kosten
Alltags-hilfen	Unterstützung im Alltag	Pulsmesser, Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, Greifzange, TV-Lupe, Hörgerät	Ärztliche Verordnung möglich	Krankenkasse/ Krankenversicherung (ohne Rezept: Selbstzahler)

Anwendungsgebiete

Unabhängig von der Frage des Kostenträgers lassen sich Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel in Anwendungsgebiete einteilen:

Foto: www.ndr.de



1. Technische Hilfsmittel

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, sich plötzlich in einer brenzlichen, vielleicht sogar lebensgefährlichen Situation, wiederzufinden, z. B. nach einem Sturz oder einem Krampf in der Badewanne. Wenn das Telefon dann nicht in Reichweite liegt, kann keine Hilfe gerufen werden. Dafür gibt es technische Hilfsmittel die Sicherheit geben. Die gängigsten Sicherheitssysteme sind:

- **Hausnotruf**
- **Mobiler Notruf**
- **Seniorenhandy, Seniorentelefon**
- **Demenz-Ortungssysteme**
- **Warnmelder** wie Herdwächter, Rauchmelder und Wassermelder
- **Ambient Assisted Living (AAL)**, oder auch Smart Home (Vernetzung verschiedener Sicherheitssysteme)

2. Medizinische Hilfsmittel

Die engmaschige **Überwachung der Körperfunktionen** ist vor allem für Senioren wichtig. Dazu gibt es eine Vielzahl an medizinischen Hilfsmitteln. Mit intelligenter AAL-Technik lassen sich die Messdaten inzwischen sogar automatisch an den zuständigen Hausarzt übermitteln.

- **Blutdruckmessgeräte** - Krankenkassen übernehmen die Kosten, wenn es aus gesundheitlichen Gründen benötigt wird und vom Arzt verschrieben wurde
- **Blutgerinnungs- oder Blutzuckermessgeräte**
- **Inhalationsgeräte**

3. Orthopädische Hilfsmittel / Therapeutische Hilfsmittel

Orthopädische Hilfsmittel zur Mobilitätsverbesserung werden nur im Einzelfall per Rezept bezuschusst, in vielen Fällen müssen sie komplett privat bezahlt werden.

- **Gehhilfen** (Gehstock, Unterarmgehstütze, Gehgestell, Rollator)
- **Rollstühle, Elektrorollstühle**
- **Elektromobile / Elektro-Scooter** - manche Elektromobile sind durch eine Hilfsmittelnnummer anerkannte Hilfsmittel, die die Krankenversicherung bezahlt, sofern ein Rezept vorliegt
- **Treppenlift, Hublift, Homelift/Fahrstuhl** – sind genau genommen keine Hilfsmittel, sondern gehören zu den **Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen**. Genehmigt die Pflegekasse den Einbau, zahlt sie bis zu 4.000 € Zuschuss, sofern der Betrag noch nicht für andere Leistungen (z. B. den Badumbau) genutzt wurde.
- **Lagerungshilfen**, um das Wundliegen bzw. Druckgeschwüre zu vermeiden. Diese Schalen, Rollen oder Ringe, werden auch **Dekubitusprophylaxe-Hilfsmittel** oder **Antidekubitus-Hilfsmittel** genannt.
- Auch **Wechseldruck-Systeme**, die sich abwechselnd mit Luft aufpumpen lassen, und **Spezialbetten**, die den Druck auf bestimmte Körperpartien reduzieren, erleichtern die Pflegearbeit. Matratzen, die per Micro-Stimulation die Eigenbewegung des Liegenden erhalten, verhindern ebenfalls die Entwicklung von Druckgeschwüren. Sie eignen sich besonders gut für Schmerzpatienten und gestalten die Dekubitusprophylaxe komfortabel.
- **Umsetzhilfen** - Hebe- und Haltegurte unterstützen beim Aufstehen und Umsetzen des Pflegebedürftigen, zusätzlich helfen Drehkissen, Rutschbretter oder auch Patientenlifter.



4. Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel **übernimmt die Pflegekasse bis zu einem Betrag von bis zu 40 € pro Monat**. Sie sollen die Hygienebedingungen bei der häuslichen Pflege verbessern und damit das Infektionsrisiko aller Beteiligten minimieren. Aufgrund des Materials und der Beschaffenheit handelt es sich i. d. R. um Einwegprodukte. Dazu gehören:

- **Händedesinfektion**
- **Flächendesinfektion**
- **Einmalhandschuhe**
- **Mundschutz**
- **Schutzschürzen**
- **Bettsschutzunterlagen (teilweise auch Wiederverwendbare)**
- **Inkontinenzhilfsmittel** - ab einer mittelgradigen Inkontinenz zahlt die Krankenkasse die benötigten Hilfsmittel zur Pflege bis zu einem maximalen Festbetrag (Windeln, Inkontinenzvorlagen, Inkontinenzunterlagen, Pants und Slips sowie Inkontinenzunterlagen für die Matratze). Voraussetzung für die finanzielle Unterstützung der Krankenkasse ist eine ärztliche Verordnung.

Foto:
www.pflegehilfset.de



Um **Pflegehilfsmittel** zu beziehen und die Kosten erstattet zu bekommen, muss ein **Antrag** (formlos oder per Formular) **auf Kostenübernahme bei der Pflegekasse** gestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige einen anerkannten Pflegegrad hat, zu Hause, bei der Familie, in einer WG oder in einer Einrichtung für Betreutes Wohnen lebt und (auch) von Angehörigen, Freunden oder Bekannten gepflegt wird.

5. Hilfsmittel zur Körperpflege

Das Badezimmer ist für ältere Menschen und Pflegebedürftige häufig eine Gefahrenzone. Beim Waschen, Baden und Duschen ist die Sturzgefahr hoch. Deshalb gibt es gerade in diesem Bereich viele Hilfsmittel, die den Pflegealltag erleichtern. Dazu zählen:

- **Duschstuhl und Duschocker**
- **Liftsysteme fürs Bad**
- **Badewannensitz, Badebrett**

- **Badewanneneinsätze**
- **Sicherheitsgriffe und Aufrichtehilfen**
- **Toilettenhilfen (Dusch-WCs, höhenverstellbare Toilettensitze, Toilettensitze mit eingebautem Lift, Toilettensitz-Erhöhungen, Toilettenstühle, Armstützen und Bettpfannen)**

6. Hilfsmittel zum Sehen, Hören und Sprechen

Einen Zuschuss zu **Hilfen zur Verbesserung der Sehschärfe** (Brillengläser, Kontaktlinsen, Lupen und Bildschirmlesegeräte) und zu **therapeutische Sehhilfen** (zur Behandlung von Augenverletzungen und Augenerkrankungen, z.B. Brillenglas mit UV-Kantenfilter, Verbandlinsen oder Verbandschalen) erhalten Versicherte, wenn sie eine schwere Augenerkrankung oder -verletzung haben, auch mit Brille nur ein Sehvermögen von maximal 30 % erreichen und/oder eine Hornhautverkrümmung von mehr als vier Dioptrien aufweisen bzw. bei Kurz- oder Weitsichtigkeit mehr als sechs Dioptrien.

Hörgeräte ermöglichen Schwerhörigen wieder die Teilnahme am Leben. Nach der Hilfsmittel-Richtlinie kann der Arzt folgende Hörhilfen verschreiben: Luftleitungs-Hörgeräte, Knochenleitungs-Hörgeräte, CROS-Versorgung (Contralateral Routing of Signals) bei vollständiger Taubheit eines Ohres, Tinnitusgeräte

Stimmhilfen oder auch **Sprechhilfen** helfen Menschen, die keine Stimmlippen mehr haben. Damit sich Betroffene weiterhin wie gewohnt über Sprache verständigen können, bedarf es einer **künstlichen Stimmersatzhilfe** (auch Stimmprothese), die beim Sprechen den Ton erzeugt. Ist nur ein leises Sprechen möglich, gibt es z. B. **Sprachverstärker**, mit denen Betroffene besser verstanden werden können. Nach ärztlicher Verordnung übernimmt die Krankenkasse die Kosten – übrigens auch für die **Instandhaltung, Wartung und Kontrolle des Geräts** sowie für Schulungen im Umgang mit dem Hilfsmittel.



Unbekannter Autor lizenziert gemäß

[CC BY-SA](#)

Der Weg zur Kostenerstattung – das ist wichtig

Damit Hilfsmittel von der Krankenkasse bezuschusst werden, muss eine **ärztliche Verordnung** vorliegen, aus der die medizinische Notwendigkeit hervorgehen sollte. Auf dem Rezept sollte daher die jeweilige Diagnose für das benötigte Hilfsmittel und am besten auch die konkrete Hilfsmittelnummer aus dem Verzeichnis notiert sein. Das Rezept wird bei der **gesetzlichen Krankenkasse** eingereicht und muss dort genehmigt werden. Um lediglich den Eigenanteil zu zahlen, sollte für die Anschaffung eines Hilfsmittels ein **Vertrags-Sanitätshaus** aufgesucht werden. Fragen Sie im Zweifel bei Ihrer Krankenkasse nach. Privat Krankenversicherte treten wie gewohnt in Vorleistung und reichen im Nachgang die Rechnung ein. Das Sanitätshaus liefert das Hilfsmittel je nach Größe i. d. R. nach Hause, macht im Umgang damit vertraut und ist auch für mögliche Reparaturen zuständig. Häufig lehnen Krankenkassen eine Versorgung mit der Begründung ab, das Hilfsmittel sei nicht im Hilfsmittelverzeichnis genannt. Der Anspruch ist aber nicht auf die Hilfsmittel im Verzeichnis begrenzt. Im Widerspruchsverfahren sollte ausführlich begründet werden, warum für diesen individuellen Fall gerade dieses Hilfsmittel erforderlich ist.



Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind wie bspw. Insulinspritzen, müssen **10 % der Kosten pro Packung** hinzugezahlt werden, **max. aber 10 € für den gesamten Monatsbedarf**. Für alle anderen Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregel von 10 % des Einkaufspreises, mindestens jedoch 5 € und **maximal 10 €**. Der Betrag muss dort entrichtet werden, wo das Hilfsmittel erworben wird.

Sollte ein benötigtes Hilfsmittel nicht im Hilfsmittelverzeichnis bzw. -katalog gelistet sein, kann vor dem Kauf dennoch ein formloser Antrag bei der Krankenversicherung gestellt werden.

Wenn ein Antrag abgelehnt wird, kann **innerhalb einer Frist von einem Monat** schriftlich Widerspruch eingelegt werden.

Die Krankenkasse ist gesetzlich dazu verpflichtet, auch die Kosten für anfallende **Wartungen** oder **technische Kontrollen** der Hilfsmittel zu übernehmen (gem. SGB V § 33 Abs. 1 S1).

Wenn **stromverbrauchende Hilfsmittel ärztlich verordnet** und **von der Krankenkasse bezahlt** worden sind, können unter gewissen Voraussetzungen die Stromkosten bis zu vier Jahre rückwirkend geltend gemacht (gem. SGB V § 33 Abs. 1 S1; BSG, Aktenzeichen: 3 RK 12/96) und im Nachgang von der Krankenkasse erstattet werden. Die anteilige Erstattung erfolgt je nach Krankenkasse entweder über einen Pauschalbetrag oder richtet sich nach dem genauen Verbrauch. **Private Krankenversicherungen** erstatten die Stromkosten nicht immer. Es lohnt sich aber, den Vertrag daraufhin zu prüfen oder direkt bei der Krankenversicherung nachzufragen.