

## Verordnung oder keine? Welches Hilfsmittel benötigt eine?

Was ist eigentlich der Unterschied zwischen einem Pflegehilfsmittel der Pflegekasse und dem einer Krankenkasse? Am Hilfsmittel selbst kann man dies nicht festmachen: das hat auch der Gesetzgeber so gesehen und festgelegt, dass das Hilfsmittelverzeichnis der Pflegeversicherung lediglich das Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung ergänzt (§ 78 SGB XI). Das Hilfsmittelverzeichnis der Pflegeversicherung enthält also nicht alle Pflegehilfsmittel, die die Pflegeversicherung finanziert.

Die Zuständigkeit entscheidet sich also nicht vom Hilfsmittel her, sondern vom Zweck, dem Versorgungsziel, das mit dem Hilfsmittel erreicht werden soll. Und hier unterscheiden sich die Definitionen der Kranken- und Pflegekassen:

Hilfsmittel der Krankenversicherung sollen

- den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern (z. B. Gehhilfen, um ein gebrochenes Bein zu entlasten)
- einer drohenden Behinderung vorbeugen (z.B. Wechseldruckmatratze zur Vorbeugung eines Dekubitus), oder
- eine Behinderung ausgleichen (z.B. Einlagen zur Inkontinenzversorgung).

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist eine ärztliche Verordnung des Hilfsmittels.

Die Pflegeversicherung hat bei der Versorgung mit Hilfsmitteln andere Ziele:

Pflegehilfsmittel sollen

- die Pflege erleichtern (z.B. elektrisch verstellbares Pflegebett),
- die Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern (z.B. Lage-

rungsrollen, die das Liegen erträglicher machen)

- eine selbständigere Lebensführung ermöglichen (z.B. ein Hausnotrufgerät, mit dem im Notfall Hilfe geholt werden kann)

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist die Notwendigkeit. Diese muss aber, anders als in der Krankenversicherung, nicht durch den (Haus-)Arzt festgestellt werden, sondern die Überprüfung erfolgt unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des MDK (§ 40 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegefachkraft eines Pflegedienstes kann also beispielsweise beim Erstgespräch, bei einem Beratungsgespräch nach § 37.3 SGB XI oder während der Pflege die Notwendigkeit eines Hilfsmittels feststellen und teilt dieses der Pflegekasse mit (bei den Beratungsbesuchen nach § 37.3 wird dies im Besuchsformular explizit festgehalten). Daraufhin kann die Pflegekasse die Versorgung mit dem Hilfsmittel veranlassen.

In der Praxis erleben die Pflegedienste jedoch oft ein anderes Vorgehen: routinemäßig fragen die Kostenträger nach einer ärztlichen Verordnung, die man für die Bearbeitung des Hilfsmittelantrages ‚benötige‘. Hintergrund dieses Vorgehens ist u.a. ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 15.11.2007 (Az.: B 3 A 1/07 R), das die Abgrenzung von Hilfsmitteln der Kranken- und Pflegeversicherung zum Thema hat. Vorausschicken muss man, dass mit Einführung der Pflegeversicherung viele Krankenkassen geprüft haben, wie eine Hilfsmittelversorgung möglichst oft durch die Pflegeversicherung übernommen (finanziert) werden könnte. Mit dem Urteil hat das Bundessozialgericht eine eindeutige Priorisierung vorgenommen: Erst ist ausführlich zu prüfen, ob das Versorgungsziel, das mit dem Hilfsmittel erreicht werden soll,

nicht allein - oder doch zumindest überwiegend - der Krankenversicherung zuzuordnen ist. Nur wenn dies nicht der Fall ist, wird die Pflegeversicherung zuständig, soweit das Versorgungsziel in ihren Bereich fällt.

Um diese Prüfungen mit den dazu notwendigen Rechtsgrundlagen abschließend durchführen zu können, verlangen viele Kassenmitarbeiter quasi automatisch (also vor Beginn der Prüfung) auch eine ärztliche Verordnung. Ob diese dann ‚genutzt‘ wird, wird eigentlich erst in der Kostenübernahmeerklärung durch die jeweilige Kassenart sichtbar.

Diese erklärliche ‚Arbeitserleichterung‘ der Kassenmitarbeiter führt aber auf der anderen Seite zu Mehrarbeit beim Pflegedienst und eigentlich auch zu einer Kompetenzeinschränkung. Warum sollte man dem Arzt die Notwendigkeit einer Hilfsmittelverordnung erklären, wenn man dies doch selbst verordnen darf?

Wenn man dem nachfragenden Mitarbeiter der Kasse fachlich sachgerecht verdeutlicht, dass das Hilfsmittel nur Versorgungsziele der Pflegekasse erfüllt, wird keine zusätzliche Verordnung benötigt. Auch für die Nachfragen des Sanitätsfachhandels gilt das gleiche Vorgehen.

Wenn man ein Hilfsmittel begutachtet, sollte die Begründung in sich auch schlüssig sein. Ein Pflegebett, das man für einen Kunden der Pflegestufe 1 beantragt, um seine Pflege zu erleichtern, wird mutmaßlich von der Pflegekasse mit der sachgerechten Begründung abgelehnt, dass dieser Pflegebedürftige doch weitgehend mobil sein dürfte und deshalb mit dem Pflegebett die Pflege nicht erleichtert wird. Das der Pflegebedürftige das Bett benötigt, um weiterhin allein aufzustehen, wäre die sachgerechte Begründung gewesen.

**Tipp:**

Schon kleine Hilfen wie Zusatzgriffe oder Lagerungshilfen können die Versorgung Zuhause deutlich verbessern. Die Pflegefachkräfte der Pflegedienste können Hilfsmittel ‚verordnen‘ und sollten dies auch tun. Nachfragen nach einer ärztlichen Verordnung sollten auf ihre inhaltliche Notwendigkeit hinterfragt werden.

**Nachzulesen:**

Der GKV-Spitzenverband hat eine „Empfehlung zur Hilfsmittelbegutachtung bei bestehender Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege“ des MDS am 08.06.2009 beschlossen. Die Empfehlung findet man beim MDS unter [www.mds-ev.org](http://www.mds-ev.org).

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,  
Ausgabe 05/2011

**© Andreas Heiber****System & Praxis Andreas Heiber**

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-Mail: [Heiber@SysPra.de](mailto:Heiber@SysPra.de); [www.SysPra.de](http://www.SysPra.de)