

Wichtige Informationen zur **Antragstellung auf Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels** für die häusliche Pflege

Wer hat Anspruch auf Pflegehilfsmittel?

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit **Pflegehilfsmitteln** für die ambulante Betreuung, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. (§ 40 Abs. 1 SGB XI).

Diese Hilfsmittel werden von den Pflegekassen finanziert, sofern sie nicht zur erfolgreichen ärztlichen Behandlung einer Krankheit beitragen oder eine Behinderung ausgleichen sollen. In diesen Fällen ist die Krankenkasse der Kostenträger.

Welche Pflegehilfsmittel gibt es und wer kann diese beantragen?

Es wird unterschieden zwischen *Verbrauchsprodukten* (PG 54) und *technischen Hilfsmitteln* (PG 50 - 53), welche in einem vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen geführten *Hilfsmittelkatalog* gelistet sind und von den Kassen bezahlt werden. Die Pflegehilfsmittel können vom Pflegebedürftigen selbst oder einer befugten Vertretung beantragt werden.

- **Produktgruppe 50** **Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege**
z. B.: Pflegebetten, Pflegebett-Tische, Pflegebetten-Zubehör
- **Produktgruppe 51** **Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene**
z. B.: Kopfwaschsysteme, Fußwaschsysteme
- **Produktgruppe 52** **Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität**
In dieser Produktgruppe sind z. Zt. keine erstattungsfähigen Artikel im Hilfsmittelkatalog gelistet
- **Produktgruppe 53** **Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden**
z. B.: Lagerungsrollen, Lagerungshalbrollen
- **Produktgruppe 54** **Zum *Verbrauch* bestimmte Pflegehilfsmittel**
z. B.: Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe, Händedesinfektion

Vorgehensweise:

„Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“ der **Produktgruppe 54** sind Produkte, die wegen der Beschaffenheit ihres Materials oder aus hygienischen Gründen in der Regel nur einmal benutzt werden können und für den Wiedereinsatz nicht geeignet sind.

Antragsformulare (sogenannte „Anlage 4“ aus einem Vertrag mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen), eine Ablaufbeschreibung (Schritte 1 – 4) und eine „Einverständniserklärung“ zur Versorgung durch Luttermann werden von uns zur Verfügung gestellt (siehe Anlage).

Wichtig:

Weisen Sie den Pflegebedürftigen bitte darauf hin, dass er mit seiner Unterschrift bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich vom Pflegebedürftigen selbst oder dem/den ihn pflegenden Angehörigen verwendet werden (Der Pflegebedürftige bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für seine ambulante private

Pflege verwendet werden). Außerdem nimmt der Pflegebedürftige mit seiner Unterschrift das Recht der freien Wahl des Hilfsmittellieferanten in Anspruch. Er drückt hierdurch gegenüber dem Kostenträger eindeutig den Wunsch aus, durch die Firma *Luttermann* beliefert zu werden.

Anträge für die „technischen“ Pflegehilfsmittel der **Produktgruppen 50 - 53** können vom Pflegebedürftigen selbst, dessen Betreuer oder einer mitpflegenden Person gestellt und unterschrieben werden (Formulare werden von uns zur Verfügung gestellt – siehe Anlage).

Antragsweiterleitung und Warenlieferung:

Faxen Sie uns bitte die ausgefüllten Anträge der **Produktgruppen 50 - 53 und/oder 54** zu. (Fax 02 01 / 20 9 22) oder geben diese ihrem betreuenden Luttermann-Mitarbeiter mit. Wir geben diese mit entsprechendem Kostenvoranschlag an die Pflegekasse weiter und rechnen nach Genehmigung und Lieferung auch direkt mit der Pflegekasse ab.

Die vom Patienten benötigten Pflegehilfsmittel werden nach Genehmigung wahlweise an den Patienten direkt oder an den beauftragten Pflegedienst geliefert. Eine Lieferung an eine abweichende Adresse (z.B. an den Pflegedienst) wird von den Krankenkassen allerdings nur akzeptiert, wenn der Pflegebedürftige oder seine gesetzliche Vertretung diese auf der Einverständniserklärung (siehe Anlage) explizit benennt und mit seiner Unterschrift bestätigt.

Bei Fragen steht Ihnen ihr betreuender Luttermann-Außendienstmitarbeiter oder unsere Mitarbeiter der **Service-Hotline unter 02 01 / 8 20 50-888** jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Luttermann GmbH

Kostenübernahme der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis zu einem maximalen Betrag von 40,00 € pro Monat!

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind Produkte die, aufgrund ihrer Beschaffenheit oder aus hygienischen Gründen, nur einmal benutzt werden können (z.B. saugende Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe).

Als pflegebedürftiger Versicherter mit Einstufung in einen Pflegegrad können Sie diese zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei der für Sie zuständigen Pflegekasse **bis zu einem monatlichen Höchstbetrag von 40,00 €** beantragen.

Die Firma Luttermann hat die Möglichkeit, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel direkt mit der Pflegekasse abzurechnen. Deshalb kann Ihnen Luttermann bei der Beantragung mit Rat und Tat zur Seite stehen und bietet Ihnen eine kostentransparente und übersichtliche Belieferung in Form von Komfort-PflegeSets Ihrer Wahl an. Die angebotenen Sets (siehe Folgeseite) weisen eine sehr gute Qualität auf und bleiben immer unter dem von der Pflegekasse festgelegten Höchstbetrag der Kostenübernahme. Auf diese Weise unterbinden Sie Mehrkosten, die Sie sonst selber tragen müssten.

Wenn Sie die nachfolgende Anleitung nutzen, vermeiden Sie Nachfragen durch die Pflegekasse und das Ausfüllen von Folgeanträgen. Wir stehen Ihnen natürlich für **Rückfragen** jederzeit unter der Telefonnummer **0201/8 20 50-888** gerne zur Verfügung. Bitte gehen Sie wie folgt vor:

Schritt 1: Beiliegenden Antrag auf Kostenübernahme „Anlage 4“ ausfüllen

Bitte wählen Sie dabei alle Artikel aus, die Sie mit hoher Wahrscheinlichkeit jetzt oder in naher Zukunft benötigen werden. Die Zahl der ausgewählten Artikel kann unabhängig vom Preis sein. Lediglich die tatsächliche, monatliche Lieferung darf später den Höchstbetrag von 40,00 € nicht überschreiten. Dies können Sie durch die Auswahl eines Komfort-PflegeSets (Schritt 2) sicherstellen. Bitte ergänzen Sie auch die Angaben zu Ihrer Person und Ihre, bzw. die Unterschrift einer/eines Bevollmächtigten.

Schritt 2: Komfort-PflegeSet auswählen

Wählen Sie aus dem Angebot (siehe Folgeseite) ein für Ihren Monatsbedarf passendes Komfort-PflegeSet aus. Geben Sie uns Ihre Wahl bei unserem Anruf zur Lieferabsprache (Schritt 4) an. Falls keines der angebotenen PflegeSets für Sie in Frage kommt, stellen wir mit Ihnen telefonisch Ihre persönliche Kombination zusammen, die Sie dann auf Wunsch regelmäßig erhalten.

Schritt 3: Antrag an Luttermann weiterleiten

Senden Sie uns den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag „Anlage 4“ per Post, Fax oder eMail zu, oder geben den Antrag unserem Luttermann-Außendienstmitarbeiter mit. Für den Postversand nutzen Sie bitte den beiliegenden (bereits frankierten) Rückumschlag.

Schritt 4: Lieferung nach Genehmigung

Luttermann reicht den Antrag auf Kostenübernahme „Anlage 4“ zur Genehmigung bei der zuständigen Pflegekasse ein. Nach der Genehmigung nehmen wir mit Ihnen telefonisch Kontakt auf und vereinbaren mit Ihnen den ersten Liefertermin und den gewünschten Lieferumfang (Komfort-Pflegeset __?). Sie erhalten diese Lieferung auf Wunsch künftig monatlich zu einem festgelegten Termin. Jederzeit können Sie sich für ein anderes Komfort-PflegeSet oder einen anderen Lieferumfang innerhalb der genehmigten Pflegehilfsmittel entscheiden, bzw. die Belieferung ganz abbrechen.

Wir wünschen Ihnen alles Gute und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Luttermann GmbH

	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenunterlagen 60 x 90 cm, Zellstoff, <u>50</u> St. • Einmalhandschuhe <u>200</u> St. Größe S <input type="checkbox"/> Größe M <input type="checkbox"/> Größe L <input type="checkbox"/> Größe XL <input type="checkbox"/> 	<p>PflegeSet 1 35,90 €</p>
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenunterlagen 60 x 90 cm, Zellstoff, <u>50</u> St. • Händedesinfektionsmittel 500 ml • Einmalhandschuhe 100 St. Größe S <input type="checkbox"/> Größe M <input type="checkbox"/> Größe L <input type="checkbox"/> Größe XL <input type="checkbox"/> 	<p>PflegeSet 2 36,93 €</p>
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenunterlagen 60 x 90 cm, Zellstoff, <u>50</u> St. • Händedesinfektionsmittel 500 ml • Flächendesinfektionsmittel 500 ml 	<p>PflegeSet 3 35,91 €</p>
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenunterlagen 60 x 90 cm, Zellstoff, <u>25</u> St. • Händedesinfektionsmittel 500 ml • Schutzschürzen zum Einmalgebrauch, <u>100</u> St. • Einmalhandschuhe 100 St. Größe S <input type="checkbox"/> Größe M <input type="checkbox"/> Größe L <input type="checkbox"/> Größe XL <input type="checkbox"/> 	<p>PflegeSet 4 39,50 €</p>
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenunterlagen 60 x 90 cm, Zellstoff, <u>25</u> St. • Händedesinfektionsmittel 500 ml • Flächendesinfektionsmittel 500 ml • Mundschutz 50 St. • Einmalhandschuhe 100 St. Größe S <input type="checkbox"/> Größe M <input type="checkbox"/> Größe L <input type="checkbox"/> Größe XL <input type="checkbox"/> 	<p>PflegeSet 5 39,50 €</p>
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Händedesinfektionsmittel 500 ml • Schutzschürzen zum Einmalgebrauch, <u>100</u> St. • Mundschutz 50 St. • Einmalhandschuhe 100 St. Größe S <input type="checkbox"/> Größe M <input type="checkbox"/> Größe L <input type="checkbox"/> Größe XL <input type="checkbox"/> 	<p>PflegeSet 6 35,91 €</p>
	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Händedesinfektionsmittel <u>2 x</u> 500 ml • Einmalhandschuhe <u>200</u> St. Größe S <input type="checkbox"/> Größe M <input type="checkbox"/> Größe L <input type="checkbox"/> Größe XL <input type="checkbox"/> 	<p>PflegeSet 7 30,78 €</p>

Die Lieferung soll nach Bewilligung an meine auf dem „Antrag auf Kostenübernahme“ genannte Anschrift erfolgen

Bitte liefern Sie an meine/n Angehörige/n Pflegedienst : (Bitte Name und Anschrift angeben)

Datum und Unterschrift des/r Pflegebedürftigen
 oder einer bevollmächtigten Person: _____

Antrag auf Kostenübernahme (Vom Versicherten oder bevollmächtigten Angehörigen/ Betreuer auszufüllen)

Versicherte/r

.....
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

.....
(Anschrift: Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort)

.....
(Pflegekasse, Versichertennummer) (Telefon)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (40,00 €) / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (20,00 €). Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Menge/Preis	Zutreffendes bitte ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	25 Stück/10,77 €	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	30 Stück/12,12 €	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	50 Stück/21,54 €	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	100 Stück/5,64 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	100 Stück/7,18 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	50 Stück/7,18 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stück/13,34 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	1 Stück/25,64 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	500 ml/8,21 €	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml/6,16 €	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.**

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene	Menge/Preis	Pflegehilfsmittelpositionennummer
	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	1 Stück/26,16 €	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift: Luttermann GmbH - Hindenburgstraße 51-55 - 45127 Essen	Institutionskennzeichen
Service Nummer: 0201/82050-888	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

.....
Datum Unterschrift des/r Versicherten oder deren/dessen Bevollmächtigtem/er

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

.....
Datum

.....
Stempel/Unterschrift der Pflegekasse

Antrag Pflegehilfsmittel

Sehr geehrte Damen und Herren,
 laut § 40 Abs. 1 SGB XI, in dem der Anspruch auf Pflegehilfsmittel geregelt ist, beantrage/n ich/wir,
 wie vorgesehen formlos, für Herrn/Frau

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Geb.: _____ Pflegeversicherung: _____

folgende Pflegehilfsmittel: Pflegegrad liegt vor

HiMi Pos.-Nr. / Hilfsmittel	Anz.	Artikel
Produktgruppe 50 (Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege)		
50.45.01 Pflegebett		Pflegebett , motorisch höhenverstellbar, inklusive Seitengitter und Bettgalgen als Aufrichthilfe
50.45.02 Pflegebetten-Zubehör		Bettleiter als Aufrichthilfe (Kunststoff, weiß, belastbar bis max. 80 kg) AT 15441
50.45.03 Bettzurichtungen z. Pflegeerleichterung		Einlegerahmen , Pflegegitterrost mit motorischer Kopf-, Bein- und Höhenverstellung
50.45.04 Spezielle Pflegebettische		Beistelltisch , höhen- und neigungsverstellbar
50.45.06 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung		Anti-Gleitkissen , verhindert das Herunterrutschen beim Sitzen im Bett (40 x 50 cm, Petermann, PM-8050) AT 1012470
Produktgruppe 51 (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene)		
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		Bettpfanne / Steckbecken (Art. 1737694 / AT 78)
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		Urinflasche (Art. 8127533 / AT 3273)
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		Urinflaschenhalter (Art. 1979150 / AT 3276)
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		Urinschiffchen (Art. 3055013 / AT 10490)
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		Bettschutzeinlage wieder verwendbar, mit Stoffstreifen (Art. SC4034 / AT-1066232)
51.45.01 Produkte zur Hygiene im Bett		Bettschutzeinlage wieder verwendbar, ohne Stoffstreifen (Art. SC4032 / AT-1066231)
51.45.01 Waschsysteme		Kopfwaschwanne , aufblasbar (Art. 8480554 / AT 7103)
51.45.01 Waschsysteme		Ganzkörperwaschsystem , wasserdichte Matratzenauflage als Duschwanne m. Ablauf (inklusive Satz Schnellspanner) AT 1010576
Produktgruppe 53 (Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden)		
53.45.01 Lagerungshilfen/Lagerungsprodukte		Konfektioniertes Lagerungshilfsmittel 180 x 31 cm (Art. NEG 0610 / AT 1018624), Seitenlagerungskissen
53.45.01 Lagerungshilfen/Lagerungsprodukte		Konfektioniertes Lagerungshilfsmittel 180 x 31 cm (Art. NEG 0608 / AT 1021001), Halbmondkissen
53.45.01 Lagerungshilfen/Lagerungsprodukte		Konfektioniertes Lagerungshilfsmittel 70 x 18 cm (Art. NEG 0613 / AT 1023362), Zylinderkissen

Ich nutze das Recht der freien Wahl des Hilfsmittellieferanten.
 Als Hilfsmittellieferant wähle ich das Sanitätshaus Luttermann GmbH, Hindenburgstr. 51-55, 45127 Essen. Die Kosten sollen direkt vom Sanitätshaus Luttermann mit der Pflegekasse gegen Vorlage des Lieferscheins/ bzw. der Empfangsbestätigung abgerechnet werden.

Bemerkungen: _____

Mit freundlichen Grüßen

Datum

 Unterschrift des Pflegebedürftigen,
 dessen gesetzlichen Betreuers oder einer Vertrauensperson

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
 Straße, Hausnr.: _____ Kundennr.: _____
 PLZ, Ort _____ Versicherung: _____
 Telefonnummer: _____ Vers.-Nr.: _____
 Behand. Arzt: _____ privat versichert:

1. Versorgungsauftrag

Hiermit beauftrage ich die Luttermann GmbH mich ab sofort/ ab dem _____ mit
 allen von mir benötigten medizinischen Hilfsmitteln/ Produkten
 den folgenden Produkten: _____
 zu beliefern.
 Ich erkläre, dass für mich bestimmte und von der Luttermann GmbH zu liefernde Ware bis zu einem Widerruf/ befristet bis zum _____ nicht an meine oben genannte Anschrift, sondern abweichend an die folgende Adresse geliefert werden soll:
 Empfänger: _____
 Anschrift: _____
 Zugleich bevollmächtige ich die dort anwesenden Personen, für mich bestimmte Ware in Empfang zu nehmen und den Erhalt zu bestätigen.
 Die abweichende Lieferadresse gilt für alle Produkte/Produktgruppen
 folgende Produkte/Produktgruppen: _____

2. Einwilligungen

- 2.1. Kontaktaufnahme mit behandelndem Arzt** ja nein
 Ich bin damit einverstanden, dass die Luttermann GmbH Kontakt mit meinem behandelnden Arzt aufnimmt und im Zusammenhang mit meiner Versorgung medizinisch notwendige Informationen austauscht.
- 2.2. Entgegennahme von Verordnungen** ja nein
 Ich bin damit einverstanden, dass die Luttermann GmbH von Dritten (z.B. Ärzten, Pflegepersonal) ärztliche Verordnungen entgegennimmt.
- 2.3. Weiterleitung von Dokumentationen an die Krankenkasse** ja nein
 Ich bin damit einverstanden, dass die Luttermann GmbH Dokumentationen (z.B. Maßblätter, Erhebungsbögen oder sonstige Berichte) zur Klärung der Kostenübernahme an meine Krankenkasse übermittelt.
- 2.4. Weiterleitung von Verordnungen an Apotheken** ja nein
 Ich bin damit einverstanden, dass die Luttermann GmbH ärztliche Verordnungen für apothekenpflichtige Produkte im Zusammenhang mit meiner Versorgung (z.B. HPE) annimmt und diese an die von mir gewählte Apotheke weiterleitet.
- 2.5. Anfertigen von Fotos** ja nein
 Ich bin damit einverstanden, dass durch die Luttermann GmbH Fotos/Videos (Unzutreffendes ggf. streichen) meiner Versorgungssituation angefertigt werden und diese bei Bedarf zur Abstimmung an weitere am Versorgungsprozess Beteiligte (Krankenkasse, behandelnder Arzt, Klinik, Pflegeeinrichtung) weitergeleitet werden.
- 2.6. Handgriffe im Zusammenhang mit der Einweisung** ja nein
 Ich bin damit einverstanden, dass der/die zuständige Mitarbeiter/in der Luttermann GmbH im Zusammenhang mit der Einweisung/Anleitung in die Handhabung der Medizinprodukte die entsprechend notwendigen Handgriffe an meinem Körper vornimmt.
- 2.7. Zukünftige Kontaktaufnahme** ja nein
 Ich bin damit einverstanden, dass mich die Luttermann GmbH für Werbemaßnahmen telefonisch und/ oder per E-Mail kontaktiert.

Widerrufsmöglichkeit:

Mir ist bekannt, dass ich berechtigt bin, meine erteilten Einwilligungen ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Luttermann GmbH (Hindenburgstr. 51, 45127 Essen, Tel.: 0201 – 820 50 0, Fax: 0201 – 23 06 10, E-Mail: widerruf@luttermann.de) zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung(en) bis zum Widerruf erfolgten Handlungen wird durch den Widerruf nicht berührt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
 Sofern zutreffend: Angehöriger Betreuer Name in Druckbuchstaben: _____