

VERORDNUNG VON HILFSMITTELN

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinie“) finden Sie unter www.kvbawue.de → Zugang für Mitglieder → Dienstleistungen → Verordnungsmanagement → Hilfsmittel.

Definition

Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen.

Dazu gehören:

- **Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel**
- **Sehhilfen**
- **Hörhilfen**
- **Sächliche Mittel oder technische Produkte, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (z.B. Spritzen, Inhalationsgeräte und ähnliche Applikationshilfen)**
- **Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie Ausbildung in ihrem Gebrauch**
- **Notwendige Wartungen und technische Kontrollen**
- **Zubehörteile, ohne die die Basisprodukte nicht oder nicht zweckentsprechend betrieben werden können.**

Produkte, die ausschließlich vom Arzt angelegt oder vom Arzt in den Körper eingeführt werden, sind keine Hilfsmittel.

Hinweise zur Verordnung

Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um

- **den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,**
- **einer Behinderung vorzubeugen oder**
- **eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen,**

soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder durch Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 4 SGB V (Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis) ausgeschlossen sind.

Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, sofern sie von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind. Als Orientierungs- und Auslegungshilfe für die Verordnungsfähigkeit eines Hilfsmittels kann die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis dienen. Sind Hilfsmittel nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, kann eine Verordnungsfähigkeit im Einzelfall trotzdem gegeben sein. In diesen Fällen wird das Rezept vom Fachhandel bzw. von der Apotheke vor der Hilfsmittelabgabe den Krankenkassen zur Genehmigung vorgelegt.

Die Verordnung eines Hilfsmittels ist ausgeschlossen, wenn es nach der „Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung“ des G-BA Bestandteil einer neuen, nicht anerkannten Behandlungsmethode ist (www.kvbawue.de → Zugang für Mitglieder → Rechtsquellen → Richtlinien des G-BA → Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung).

Die Verordnungen sind auf Muster 16, Kassenrezept, vorzunehmen. Dabei ist die Kennziffer 7 für Hilfsmittel zu überschreiben. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. Die Verwendung von Stempeln, Aufklebern u. ä. ist nicht zulässig.

In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, dabei sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Deshalb soll insbesondere angegeben werden:

- **Bezeichnung des Hilfsmittels**
- **Anzahl**
- **Diagnose**
- **ggf. Hinweise (z.B. Art der Herstellung, Zweckbestimmung, Material, Abmessungen), soweit diese Angaben vom verordnenden Arzt gemacht werden können. Die Angaben können auch gesondert beigefügt werden.**

Bei der **Bezeichnung des Hilfsmittels** kann entweder die Produktart oder die siebenstellige Hilfsmittelnummer angegeben werden (siehe Beispiel unten). Der Fachhandel bzw. die Apotheke wählt dann das spezifische Einzelprodukt nach Maßgabe der mit den Krankenkassen geschlossenen Verträge aus. Die Angabe eines spezifischen Einzelproduktes durch den verordnenden Arzt soll nur im Ausnahmefall und mit entsprechender Begründung erfolgen. Diese Regelung soll dazu beitragen, dass nach Genehmigung durch die Krankenkasse letztendlich vom Leistungserbringer das ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittel abgegeben wird.

Beispiel:

Produktart: Kompressionsstrumpfhosen (Kompressionsklasse) KKL. II
oder
Hilfsmittelnummer: 17.06.16.1.

Die Ziffern bedeuten:

17 = Produktgruppe (PG) „Kompressionstherapie“
06 = Anwendungsort; hier: Bein
16 = Untergruppe; hier: Schenkelstrumpf flachgestrickt
1 = Produktart; hier: KKL. II
999 = die letzten 3 Ziffern sind nur bei der Verordnung eines spezifischen Einzelprodukts anzugeben

Als Mehrfachausstattung sind funktionsgleiche Mittel anzusehen. Eine Verordnung zur Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln kann nur dann vorgenommen werden, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Hinweise hierzu ergeben sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis.

Abgabe von Hilfsmitteln:

Der Lieferant hat den Vertragsarzt unverzüglich zu informieren, wenn das Versorgungsziel mit dem verordneten Hilfsmittel voraussichtlich nicht erreicht werden kann. Der Arzt kann dann nach Überprüfung eine Änderung oder Ergänzung der Hilfsmittelverordnung mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe vornehmen.

Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen wird.

Je nach Hilfsmittelliefervertrag holt sich der Fachhandel/ die Apotheke ab einer bestimmten Preishöhe vor Abgabe des Hilfsmittels eine Genehmigung bei der Krankenkasse ein. Die Krankenkassen können jetzt in geeigneten Fällen vor Bewilligung des Hilfsmittels den Medizinischen Dienst zur Prüfung einschalten.

Für folgende Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses gibt es **Festbeträge**. Das heißt die Krankenkasse übernimmt für diese Hilfsmittel die Kosten nur bis zum Festbetrag: Einlagen PG 08, Hörhilfen PG 13, Inkontinenzhilfen PG 15, Kompressionstherapie PG 17, Sehhilfen PG 25, Stomaartikel PG 29.

Eine vollständige Übersicht der Produktgruppen finden sie unter dem Link www.kvbawue.de → Zugang für Mitglieder → Dienstleistungen → Verordnungsmanagement → Hilfsmittel → Hilfsmittelverzeichnis.

Besonderheiten

- Nicht verordnungsfähig sind Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis, z.B. Applikationshilfen für Wärme und Kälte, Alkoholtupfer, Fingerschienen, Urinflaschen. Die vollständige Liste finden Sie auch unter dem Link www.kvbawue.de → Zugang für Mitglieder → Dienstleistungen → Verordnungsmanagement → Hilfsmittel → HM geringer Nutzen/Preis.
- Pflegemittel für Stoma wie Hautschutzpasten, Lotionen, Cremes zählen zu den Hilfsmitteln (PG 29, Kennzeichnung 7).
- Blut- und Harnteststreifen werden den Arzneimitteln zugeordnet und die Kosten fließen daher in die Arzneimittelkostenstatistik ein. Bei der Verordnung von Blut- und Harnteststreifen sind gemäß § 31 Abs.3 Satz 2 SGB V vom Patienten keine Zuzahlungen zu leisten. Lanzetten und Blutzuckermessgeräte sind Hilfsmittel (PG 21). Hierbei ist zu beachten, dass zwei Kassenrezepte auszustellen sind, wenn Blutzuckerteststreifen und Lanzetten (Kennzeichnung 7) verordnet werden.
- Für die Verordnung von Sehhilfen (Abschnitt B) und Hörhilfen (Abschnitt C) gelten Besonderheiten (siehe Hilfsmittelrichtlinien). Hier wurden zum 07.02.09 nachfolgende Änderungen vorgenommen:

Der bisherige Verordnungsausschluss von Trifokalgläsern, Gleitsichtgläsern und hochbrechenden Brillengläsern wurde weitgehend aufgehoben und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes den gegenwärtigen Marktgegebenheiten angepasst. Für Kinder, bei deren Augen niedrige Brechkraftwerte festgestellt wurden, können Kunststoffbrillengläser künftig über das Vorschulalter hinaus zu Lasten der GKV verordnet werden.

Okklusionsschalen oder Okklusionslinsen sind bei therapieresistenten, nicht unterdrückbaren Doppelbildern verordnungsfähig.

Bei den vergrößernden und therapeutischen Sehhilfen wurde eine differenzierte Darstellung der Verordnungsmöglichkeiten vorgenommen.

Richtgrößen, wie bei Arznei- u. Heilmittel, sind bei den Hilfsmitteln nicht festgelegt.

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Dies gilt, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft, ob die Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln notwendig ist und zieht dazu eine Pflegefachkraft oder den Medizinischen Dienst hinzu. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen.

Im Pflegehilfsmittelverzeichnis sind (abgesehen von wenigen Ausnahmen wie zum Beispiel Pflegebetten / behindertengerechte Betten; Bettschutzeinlagen / Krankenunterlagen oder Einmalhandschuhe) keine Produkte aufgeführt, die auch im Hilfsmittelverzeichnis der GKV gelistet sind. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis besteht aus folgenden Produktgruppen:

- **50 Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege**
- **51 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene**
- **52 Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung / Mobilität**
- **53 Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden**
- **54 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**

Unterscheidung Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im ambulanten Bereich

Hilfsmittel (Krankenversicherung)	Pflegehilfsmittel (Pflegeversicherung)
Versicherte der GKV	Versicherte der GKV bei Pflegebedürftigkeit mit anerkannter Pflegestufe
Kostenträger Krankenkasse	Kostenträger Pflegekasse, Unterscheidung nach technischen Pflegehilfsmitteln und zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln (z.B. Mundschutz, Einmalhandschuhe, Schutzkittel)

Verordnung auf Kassenrezept Kennzeichnung 7	Keine Verordnung auf Kassenrezept; Anträge zur Kostenübernahme bzw. die Rechnungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind bei der Pflegekasse einzureichen
Verordnungsfähig: Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis der GKV	Verordnungsfähig: Pflegehilfsmittel aus dem Pflegehilfsmittelverzeichnis
Zuzahlung ab 18 Jahre: 10 Prozent, jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (zum Beispiel Inkontinenzhilfen) 10 Prozent je Verbrauchseinheit, max. 10 Euro für den Monatsbedarf	Zuzahlung ab 18 Jahre: 10 Prozent für technische Pflegehilfsmittel, höchstens jedoch 25 Euro (nicht bei leihweiser Überlassung) Keine Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel