

Hilfsmittel-Verordnung

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinie“) finden Sie unter www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/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 (zum Beispiel Spritzen, Inhalationsgeräte und ähnliche Applikationshilfen)
- Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie Ausbildung in ihrem Gebrauch.

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 nur verordnet werden, wenn sie in dem vom GKV-Spitzenverband erstellten Hilfsmittel-Verzeichnis aufgeführt sind, das jedoch nicht abschließend ist (§ 4 Abs. 1). Wird im begründeten Einzelfall ein Hilfsmittel verordnet, das nicht im Hilfsmittel-Verzeichnis aufgeführt ist, ist auf der Verordnung eine entsprechende Begründung anzugeben.

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 unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere angegeben werden:

- Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittel-Verzeichnisses
- Anzahl
- ggf. Hinweise (wie z. B. Art der Herstellung, Konfektion, Maßanfertigung).

Die Verordnung ist auf dem Kassenrezept (Muster 16) vorzunehmen, dabei ist die Kennziffer 7 für Hilfsmittel zu überschreiben. Bei der Verordnung eines Hilfsmittels soll nur die Produktart oder die siebenstellige Hilfsmittel-Nummer angegeben werden, zum Beispiel Kompressionsstrumpfhosen (Kompressionsklasse) KKL. II (= Produktart) oder 17.06.16.1 (= Hilfsmittel-Nummer).

Die Ziffern bedeuten:

- **17** = Produktgruppe „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.

Der Fachhandel bzw. die Apotheke wählt dann das spezifische Einzelprodukt nach Maßgabe der mit den Krankenkassen geschlossenen Verträge aus. Der Versicherte kann zwischen mehreren gleichermaßen geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmitteln wählen. Allerdings hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen, wenn er ein Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, wählt (§ 6 Abs. 6).

Wird aus medizinischen Gründen vom Arzt ein spezifisches Einzelprodukt verordnet, ist die Angabe einer Begründung auf der Verordnung notwendig. Außerdem sieht die neugefasste Hilfsmittel-Richtlinie vor, dass bei der Verordnung des spezifischen Einzelproduktes die 10-stellige Hilfsmittel-Positionsnummer angegeben wird (§ 7 Abs. 3).

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 Hilfsmittel anzusehen (§ 6 Abs. 8).

Die Verordnung muss innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellungsdatum beim Fachhandel bzw. bei der Apotheke eingelöst werden. Je nach Hilfsmittel-Lieferungsvertrag holt sich der Fachhandel/Apotheke ab einer bestimmten Preishöhe eine Genehmigung vor Abgabe des Hilfsmittels bei der Krankenkasse ein.

Sind für Produktgruppen Festbeträge vereinbart, so übernimmt die Krankenkasse die Kosten für diese Hilfsmittel nur bis zum Festbetrag. Mehrkosten für Hilfsmittel über dem Festbetrag muss der Versicherte übernehmen, wenn er ein solch ein Hilfsmittel wünscht.

Besonderheiten

- Inkontinenzhilfen in stationären Pflegeeinrichtungen: Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen, die in Pflegeheimen untergebracht sind, gibt es Rahmenvereinbarungen für die Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfen. Pflegeeinrichtungen, die dieser Rahmenvereinbarung beigetreten sind, erhalten eine monatliche Pauschale.
- Pflegemittel für die Stoma-Versorgung wie Hautschutzpasten, Lotionen und Cremes zählen zu den Hilfsmitteln nach Produktgruppe 29.
- Nicht verordnungsfähig sind Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis, z. B. Applikationshilfen für Wärme/Kälte, Alkoholtupfer, Kompressionsstücke, Augenklappen, Fingerschienen und Urinflaschen. Sie finden die vollständige Liste auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/hilfsmittel > Hilfsmittel mit geringem Nutzen.
- Blut- und Harnteststreifen werden den Arzneimitteln zugeordnet und die Kosten fließen daher in die Arzneikosten-Statistik ein. Bei der Verordnung von Blut- und Harnteststreifen ist gemäß § 31 Abs. 3 Satz 2 SGB V keine Zuzahlung zu leisten. Lanzetten und Blutzuckermessgeräte sind Hilfsmittel (PG 21). Hier ist zu beachten, dass zwei Kassenrezepte auszustellen sind, wenn Blutzucker-Teststreifen und Lanzetten (Kennzeichnung 7) gleichzeitig verordnet werden.
- Richtgrößen wie bei Arznei- und Heilmitteln 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.

Hierzu existiert ein Abgrenzungskatalog Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel unter www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/hilfsmittel > Abgrenzungskatalog Hilfs-/Pflegehilfsmittel. 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 Pflegehilfsmittel-Verzeichnis sind (abgesehen von wenigen Ausnahmen wie zum Beispiel Pflegebetten, Bett-schutzeinlagen/Krankenunterlagen oder Einmalhandschuhe) keine Produkte aufgeführt, die auch im Hilfsmittel-verzeichnis gelistet sind. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis 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	Pflegehilfsmittel
Versicherte der GKV	Versicherte der GKV bei Pflegebedürftigkeit mit anerkannter Pflegestufe
Kostenträger Krankenkasse	Kostenträger Pflegekasse Unterscheidung nach technischen Pflegehilfsmitteln und zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln
Verordnung auf Kassenrezept	Keine Verordnung auf Kassenrezept; Anträge zur Kostenübernahme bzw. die Rechnungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind bei der Pflegekasse einzureichen
Verordnungsfähig: Hilfsmittel aus dem Hilfsmittel-Verzeichnis der GKV (Ausnahmen möglich)	Erstattungsfähig: Pflegehilfsmittel aus dem Pflegehilfsmittel-Verzeichnis
Zuzahlung ab 18 Jahre: 10 Prozent, jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z. B. Inkontinenzhilfen) 10 Prozent je Packung, höchstens aber 10 Euro für den Monatsbedarf	Zuzahlung ab 18 Jahre: 10 Prozent für technische Pflegehilfsmittel, höchstens jedoch 25 Euro. Keine Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Abgrenzungskatalog

Vollstationäre Einrichtungen haben die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebes und die zur Erfüllung des Versorgungsauftrages eines Pflegeheimes notwendigen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel bereitzustellen. Dabei handelt es sich um die erforderliche Ausstattung für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Das Bundessozialgericht (BSG) hat deutlich herausgestellt, dass der Heimträger dafür einzustehen hat, dass jedem Heimbewohner die für ihn erforderlichen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel vom Heim bereitgestellt werden. Auch Produkte, die von den Bewohnern gemeinsam genutzt werden, fallen in die Zuständigkeit der stationären Pflegeeinrichtung.

Allerdings ist die Leistungspflicht der GKV für Hilfsmittel nicht grundsätzlich ausgeschlossen, weil sich der Patient in einem Pflegeheim befindet und dort stationär gepflegt wird. Die Leistungspflicht der GKV besteht immer dann, wenn das Hilfsmittel der Behandlung einer akuten Erkrankung bzw. dem Ausgleich einer Behinderung dient. Außerdem fallen Hilfsmittel, die für einen einzelnen Patienten bestimmt sind und individuell genutzt werden, in die Zuständigkeit der GKV.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und Pflegekassen haben dazu einen Abgrenzungskatalog zur Hilfsmittel-Versorgung in Pflegeheimen erstellt, in dem unterschieden wird, ob Hilfsmittel der einzelnen Produktgruppen zur Ausstattung des Pflegeheimes gehören oder in die Zuständigkeit der GKV fallen. Den Abgrenzungskatalog finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/hilfsmittel > Abgrenzungskatalog Hilfs-/Pflegehilfsmittel.

Weitere Informationen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln wie zum Beispiel Indikationen zu einzelnen Produktgruppen oder zu spezifischen Einzelprodukten senden wir Ihnen auf Anfrage gerne zu.