

Hilfsmittel

Normen

§ 33 SGB V

HilfsM-RL

Gemeinsames Rundschreiben vom 18.12.2007 zur Versorgung mit Hilfsmitteln

Kurzinfo

Krankenversicherte haben Anspruch auf ärztlich verordnete Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere notwendige Hilfsmittel einschließlich der zur Bereitstellung zu erbringenden notwendigen Leistungen. Dazu gehören die erforderlichen Änderungen sowie Ersatzbeschaffung, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und die technisch notwendigen Wartungen und Kontrollen, soweit diese im Einzelfall erforderlich sind, um die Krankenbehandlung sicherzustellen oder eine Behinderung auszugleichen. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist. Soweit es um die Erfüllung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens geht, besteht eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt bestehen.

Dieser Anspruch besteht auch, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen. Es handelt sich um eine Folgeänderung durch den Begriff "von Behinderung bedrohte Menschen", der in § 1 SGB IX definiert ist. Eine drohende Behinderung kann nur bei einer Abweichung/Einschränkung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit vorliegen, sodass die Versorgung mit Hilfsmitteln immer in Zusammenhang mit der behandlungsbedürftigen Krankheit stehen muss.

Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Versicherte können ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde; bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung 10 % des Abgabepreises, mindestens 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels, an die abgebende Stelle. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel (z.B. saugende Bettschutzeinlagen) beträgt 10 % des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10,00 EUR für den gesamten Monatsbedarf.

Information

Inhaltsübersicht

1. Umfang
2. Verordnung
3. Zuzahlung
4. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel

1. Umfang

Hilfsmittel sind:

- Sehhilfen, z.B. Gläser, Kontaktlinsen, Lupen,
- Hörhilfen, z.B. Hörgeräte,
- Körperersatzstücke, z.B. Armprothesen,
- orthopädische Hilfsmittel, z.B. Stützkorsett, orthopädische Schuhe,
- andere Hilfsmittel, z.B. Rollstühle, Hilfen für den hygienischen Bereich (Toilettenstuhl), Hilfen zum Lesen (Fernsehlesegerät), zum Sprechen (Sprechhilfe für Kehlkopflose) oder zur Verständigung (Klingelleuchte), Orientierungshilfen für Blinde.

Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen eine Infektionsgefahr besteht oder angenommen werden kann. Zu diesen Tätigkeiten gehören insbesondere Blutentnahmen und Injektionen.

2. Verordnung

Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Heilmitteln nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Die Krankenkassen können jedoch eine vertragsärztliche Verordnung verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.

Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt) im Rahmen des Entlassmanagements wie ein Vertragsarzt Hilfsmittel für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung verordnen. Aufgrund der aktuellen COVID-19-Pandemie ist vorübergehend eine Verordnung für bis zu 14 Kalendertagen möglich (gültig bis zum 25.11.2022).

Die Verordnung von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist so zu bemessen, dass ein Versorgungszeitraum von bis zu sieben Kalendertagen bzw. 14 Kalendertagen nach Entlassung nicht überschritten wird. Ergänzend zu den üblichen Angaben muss auf der Verordnung das (voraussichtliche) Entlassungsdatum sowie eine Kennzeichnung für "Entlassmanagement" angegeben werden. Die Verordnung verliert sieben Kalendertage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ihre Gültigkeit, wenn die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb dieses Zeitraumes aufgenommen wurde. Der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements rechtzeitig den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die getätigten Verordnungen zu informieren. Diese Regelungen gelten entsprechend für Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach §§ 40 Abs. 2 , 41 SGB V .

3. Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen zu jedem zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel 10 % des Abgabepreises, mindestens 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR zu (**Zuzahlung**). Die Zahlung erfolgt an die abgebende Stelle.

Die Zuzahlung zu jedem zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel beträgt 10 % je Packung, höchstens jedoch 10,00 EUR im Monat je Indikation. Dabei handelt es sich um solche Hilfsmittel, die wegen der Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen in der Regel nur einmal ununterbrochen benutzt werden können und für den Wiedereinsatz nicht geeignet sind. Die Dauer der Benutzung ist dabei unerheblich. Von derselben Indikation ist auszugehen, wenn Produkte einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V abgegeben werden (z.B. verschiedene Produkte der Produktgruppe 29 "Stomaartikel"). Eine Versorgung mit Verbrauchsmaterialien aus verschiedenen Produktgruppen (z.B. PG 14 Atemtherapie und PG 29 Stomaartikel) führt zu mehreren Zuzahlungen.

Wenn Versicherte Hilfsmittel von verschiedenen Leistungserbringern erhalten, ist bei jedem Leistungserbringer jeweils der volle Zuzahlungsbetrag zu entrichten. Die Erstattung ggf. zu viel gezahlter Beträge erfolgt über die Krankenkasse.

Die Zuzahlungen bei diesen Hilfsmitteln werden bei den Belastungsgrenzen berücksichtigt (Belastungsgrenze). Für andere Hilfsmittel werden jeweils die vertraglich vereinbarten Preise übernommen. Eine detaillierte Aufzählung enthält das Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V). Sofern Produkte im Wiedereinsatzverfahren leihweise oder im Rahmen einer Fallpauschale überlassen werden, berechnet sich die Zuzahlung aus den der Krankenkasse jeweils entstehenden Kosten.

Vor Beschaffung eines Hilfsmittels benötigt die Krankenkasse bzw. der zuständige Träger einen Kostenvoranschlag und grundsätzlich auch ein ärztliches Attest.

4. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel

Für die Erbringung von Hilfsmitteln ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Hilfsmittels ein Versicherungsverhältnis besteht (Vlb 09.10.2002 (LeistAbgr. b. Kassenwechsel) , LeistAbgrVlb Abschnitt 2 Nr. 6).

Das Bundessozialgericht (BSG, 20.11.2001 - B 1 KR 31/99 R , - B 1 KR 26/00 R) stellte zur Thematik der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel klar, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt.