

**Empfehlungen  
des GKV–Spitzenverbandes  
zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung  
in den vom Hochwasser  
betroffenen Gebieten**

**Gültig bis zum 31.03.2022**

Version: 1.2

GKV–Spitzenverband  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288–3140  
[hilfsmittel@gkv-spitzenverband.de](mailto:hilfsmittel@gkv-spitzenverband.de)



## 1 Präambel

Bestimmte Regionen vor allem in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sind besonders stark von der Flutkatastrophe in Deutschland betroffen. Ein Überblick zur Hochwasser-Situation ist folgendem länderübergreifenden Hochwasserportal zu entnehmen:

[Überblick Hochwasser-Situation](#)

Über das Archiv können auch rückwirkend oder über einen längeren Zeitraum Informationen abgerufen werden.

Durch das Hochwasser sind nicht nur Hilfsmittel oder ärztliche Verordnungen verlorengegangen oder unbrauchbar geworden, vielmehr ist auch die Infrastruktur, die Ausstattung sowie der Lagerbestand in den Betrieben bzw. Fachgeschäften oder Apotheken der Hilfsmittel-Leistungsbreiter ganz oder teilweise nicht mehr vorhanden. Der GKV-Spitzenverband hat in Abstimmung mit den Kassenartenvertretern auf Bundesebene Empfehlungen entwickelt, damit die (Ersatz-) Versorgung mit Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln (im Folgenden: Hilfsmittel), erforderliche Reparaturen an Hilfsmitteln und die Versorgungsprozesse zügig und unbürokratisch abgewickelt werden können. Unabhängig davon wird den Krankenkassen nahegelegt, den betroffenen Vertragspartnern zur Vermeidung unbilliger Härten entgegenzukommen und die gesetzlichen Möglichkeiten dazu großzügig auszulegen. Die Empfehlungen gelten bis zum 31. März 2022; sie stellen kein Präjudiz für die darauffolgende Zeit dar.

Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung der Versorgung mit Hilfsmitteln während der Coronapandemie bleiben von diesen Empfehlungen unberührt; beide Empfehlungen gelten nebeneinander. Gleiches gilt für von den Krankenkassen bereits erteilte weitergehende Informationen.

## 2 Handlungsempfehlungen

Der GKV-Spitzenverband empfiehlt seinen Mitgliedskassen in Abstimmung mit den Kassenartenvertretern folgende Vorgehensweise, um einen reibungslosen Versorgungsprozess sicherzustellen. Die Empfehlungen gelten für Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen wie Reparaturen.

### **Räumliche Voraussetzungen**

Sofern die Abgabe von Hilfsmitteln in einer Betriebsstätte aufgrund der Folgen durch das Hochwasser nicht mehr durchgeführt werden kann, kann dies übergangsweise in geeigneten Ersatzräumen stattfinden.

Alternativ können die Hilfsmittel den Versicherten auch zugesandt werden. Beratungen oder Hinweise zur Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel können in diesen Fällen auch telefonisch, per E-Mail, per Verweis auf Videoeinweisungen oder durch digitale Medien erfolgen, soweit dies aufgrund der Art des Hilfsmittels vertretbar ist (z. B. müssen lebenserhaltende Systeme vor Ort erläutert und eingestellt werden).

Medizinisch notwendige Hilfsmittelversorgungen, bei denen notwendige Anpassungen erforderlich sind, bleiben ebenfalls weiter möglich. Hier muss ergänzend zu den vorgenannten Bedingungen sichergestellt sein, dass die Fertigung oder Zurichtung von Hilfsmitteln in einer den Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V weitgehend entsprechenden (Ersatz-)Betriebsstätte bzw. Werkstatt erfolgt. Die Krankenkassen machen die Versorgungsberechtigung für Leistungserbringer mit bestehenden Verträgen in diesen Fällen nicht von einer (noch) nicht vorliegenden Präqualifizierung abhängig.

Sofern Räumlichkeiten für die diskrete Beratung der oder des Versicherten bzw. für die Abnahme von Körpermaßen u. ä. fehlen, sind Hausbesuche möglich. Hierdurch entsteht jedoch kein Anspruch auf eine gesonderte Hausbesuchsvergütung, es sei denn, es werden die Kriterien erfüllt, die vertraglich eine solche Vergütung rechtfertigen.

Auf Lagerbegehungen der Krankenkassen, die im Rahmen der Prüfung des Kasseneigentums durchgeführt werden, ist zu verzichten.

### **Administrative Prozesse**

Auf die Erbringung von Unterschriften auf Ersatzdokumenten durch die Versicherten (Empfangsbestätigung, Beratungsdokumentation, Lieferschein etc.) kann verzichtet werden. Der Leistungserbringer unterzeichnet die Dokumente an den Stellen, wo im Normalfall die Unterschrift der Versicherten vorgesehen ist und macht deutlich, dass die Unterzeichnung durch ihn aufgrund der Hochwasser-Katastrophe (z. B. „Hochwasser“ bzw. „HW“ hinter der Unterschrift) notwendig war.

Auf Fortbildungsnachweise, die gemäß einer vertraglichen Verpflichtung von den Leistungserbringern beizubringen sind, wird während der Gültigkeit der Empfehlungen verzichtet.

### **Fristen**

Sofern – bezogen auf die erteilte Genehmigung oder bei genehmigungsfreien Hilfsmitteln – vertraglich vereinbarte Liefer-, Fertigungs-, Rückhol- und Abgabefristen nicht eingehalten werden können, sieht die Krankenkasse von Vertragsstrafen bzw. Sanktionen ab. Dies gilt auch für die nicht fristgerechte Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten wie Wartungen oder Sicherheitstechnische Kontrollen, diese sind sobald wie möglich nachzuholen.

### **Ärztliche Verordnung**

Grundsätzlich sind vertraglich geforderte und noch vorhandene Verordnungen spätestens bei der Abrechnung im Original vorzulegen, auch wenn diese beschädigt oder verschmutzt sind.

Sofern dies nicht möglich ist, gilt folgendes:

- 1) Soweit die Originalverordnungen verlorengegangen oder unleserlich geworden sind, können ärztlich ausgestellte „Ersatzverordnungen“ zur Abrechnung eingereicht werden. Erneute Bestätigungsunterschriften der Versicherten oder Dokumentationen für vor dem Hochwasserereignis erbrachte Leistungen sind nicht erforderlich.
- 2) Soweit dem Hilfsmittel-Leistungserbringer Verordnungskopien oder -duplikate in Papier oder als Datei vorliegen, können diese zur Abrechnung eingereicht werden. Auch hier sind keine Bestätigungsunterschriften oder anderes erforderlich.

Abrechnungen können bei obigen Fallgestaltungen unmittelbar bei den einzelnen Krankenkassen bzw. den von ihnen beauftragten Abrechnungsdienstleistern eingereicht werden.

Die Ersatzverordnungen oder Verordnungskopien sind mit dem Kürzel „HW“ für Hochwasser zu kennzeichnen.

Betroffene Leistungserbringer, bei denen keine Ersatzverordnungen oder Verordnungskopien vorliegen, wenden sich an die jeweils zuständige Krankenkasse, um bürokratiearme Lösungen zu vereinbaren.

Bei Ersatzbeschaffungen, die aufgrund der Hochwasserkatastrophe notwendig werden, kann die Versorgung/Reparatur ohne ärztliche Verordnung erfolgen, wenn der Kostenvoranschlag und/oder die Abrechnung (bei genehmigungsfreien Leistungen) ergänzend mit „HW“ gekennzeichnet ist. Sofern die Krankenkassen ein Ersatzdokument verlangen, ist dies entsprechend zu verwenden.

Akut erforderliche Versorgungen können im Ermessen des Leistungserbringers auch ohne Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt oder begonnen werden. Für die Abrechnung bleibt die Vorlage der Verordnung notwendig. Bei der Abrechnung wird nicht geprüft, ob die Verordnung erst nach dem Lieferdatum ausgestellt wurde. Dies gilt auch, wenn Genehmigungsfreiheit vertraglich vereinbart wurde; diese bleibt bestehen.

Bereits begonnene Versorgungen können zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden. Ist dies auf absehbare Zeit nicht möglich, ist das weitere Vorgehen mit der Krankenkasse abzustimmen.

Da auch viele Arztpraxen von den Folgen des Hochwassers betroffen sind, kann es schwierig sein, eine Verordnung zu erlangen.

Daher wird auf die Sonderregelungen des § 11a Absatz 1 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hingewiesen, wonach Ärztinnen und Ärzte Folgeverordnungen für bestimmte Hilfsmittel auch nach telefonischer Anamnese ausstellen und postalisch an die oder den Versicherten übermitteln können. Voraussetzung ist, dass zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt erfolgt ist.

Bei Fallpauschalen kann während der Zeit der Gültigkeit der Empfehlungen ebenfalls für evtl. Verlängerungszeiträume (Folgefallpauschalen) auf die ggf. vertraglich vorgesehene erneute Verordnung verzichtet werden. Hier reicht eine Bestätigung des Leistungserbringers, dass nach Rücksprache mit dem Versicherten die weitere Versorgung erforderlich ist. Der Leistungserbringer hat die Rücksprache zu dokumentieren und der Krankenkasse spätestens mit der Abrechnung vorzulegen.

Die Prüfung der gemäß § 8 Absatz 2 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Frist von 28 Kalendertagen, innerhalb derer die Hilfsmittelversorgung nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen werden muss, wird ausgesetzt. Eine derartige Frist wird von den Krankenkassen auch dann nicht geprüft, wenn sie sich aus den Verträgen ergibt.

### **Genehmigung/Abrechnung**

Die mit den Krankenkassen in den Verträgen nach § 127 SGB V vereinbarten Regelungen zur Genehmigungspflicht bzw. Genehmigungsfreiheit werden von dieser Empfehlung nicht tangiert und bleiben bestehen.

Grundsätzlich ist die Abrechnung – soweit möglich – mit den (noch) vorhandenen Originalunterlagen vorzunehmen. Sofern Ersatzdokumente vorgelegt werden, sind diese wie oben dargestellt zu kennzeichnen.

In den Abrechnungsdatensätzen nach § 302 SGB V ist für die von dieser Empfehlung betroffenen Versorgungskonstellationen das Kürzel „HW“ im DTA-Segment „TXT“ einzutragen.

Vertraglich vereinbarte Fristen, in denen eine Abrechnung spätestens einzureichen ist, werden bis zum 31. März 2022 ausgesetzt. Zudem kann der Leistungserbringer bei der Abrechnung das Verordnungsdatum auf das Lieferdatum zurücksetzen, wenn die Abrechnung bei korrekter Angabe aus softwaretechnischen Gründen nicht möglich ist. Das Lieferdatum muss dem Datum der tatsächlichen Abgabe entsprechen.

### **Präqualifizierung**

Die Krankenkassen machen die Versorgungsberechtigung für Leistungserbringer mit bestehenden Verträgen nicht von einer zeitlich evtl. nicht rechtzeitig vorliegenden Folge-Präqualifizierung abhängig.

### **Sonstiges**

Sind vertraglich bestimmte Liefermengen an die Versicherten vereinbart, kann davon in Absprache mit den Versicherten abgewichen werden, um der persönlichen Situation der Versicherten gerecht zu werden.