

PraxisWissen

EIN SERVICE DER KASSENÄRZTLICHEN
BUNDESVEREINIGUNG

KBV

HILFSMITTEL

↗ HINWEISE ZUR
VERORDNUNG





LIEBE KOLLEGINNEN, LIEBE KOLLEGEN,

Hilfsmittel dienen dazu, den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern. Sie helfen Patienten, eine Behinderung auszugleichen und den Alltag besser zu bewältigen. Ihr Anwendungsgebiet erstreckt sich auf den gesamten Körper und nahezu alle Lebenssituationen.

Bei der Verordnung, aber auch bei der Zusammenarbeit mit Hilfsmittelanbietern müssen Ärzte bestimmte Regeln beachten. Die Broschüre stellt die wichtigsten vor. Hör- und Sehhilfen stehen gesondert im Fokus. Ärzte erhalten zudem Antworten auf häufige Fragen, Tipps und weiterführende Informationen.

Das Heft bildet den Auftakt für eine Reihe zum Thema Verordnungen. Wenn Sie schon jetzt mehr erfahren möchten, können Sie sich auf www.kbv.de informieren.

IHRE KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG



INHALT

.....
Die Behandlung unterstützen Seite 1

.....
Hilfsmittel richtig verordnen Seite 2

Fokus: Sehhilfen Seite 4

Fokus: Hörhilfen Seite 6

.....
Zusammenarbeit mit Hilfsmittelanbietern Seite 8

Fragen und Antworten aus dem Praxisalltag Seite 9

Die Behandlung unterstützen

Rund 6,83 Milliarden Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen 2013 laut Bundesministerium für Gesundheit für allgemeine Hilfsmittel ausgegeben. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung betrug damit ungefähr vier Prozent.

4% ANTEIL ALLGEMEINE HILFSMITTEL

Bandagen, Blutzuckermessgeräte, Einlagen, Inhalationsgeräte, Prothesen, Rollstühle, Sitzkissen, Sprachverstärker – es gibt eine Fülle von Hilfsmitteln. Ihre Anwendungsgebiete sind vielfältig. Dabei zeichnen sich alle Produkte durch eine wichtige Gemeinsamkeit aus: Sie helfen Patienten beim Heilungsprozess oder beim Ausgleich einer Behinderung.



PATIENTEN HABEN GESETZLICHEN VERSORGUNGSANSPRUCH

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch darauf, mit Hilfsmitteln versorgt zu werden. Voraussetzung ist, dass die Produkte im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Behandlung zu sichern, eine Behinde-

rung auszugleichen oder einer drohenden Behinderung vorzubeugen.

Hilfsmittel müssen zum Teil individuell angepasst, kontrolliert und wenn nötig gewartet, repariert oder ersetzt werden. Auch müssen Versicherte erfahren, wie sie das Produkt anwenden. Dies schließt die Zubehörteile ein, ohne die das Basisprodukt nicht benutzt werden kann.

MEHR INFORMATIONEN

➔ Die gesetzlichen Grundlagen finden Vertragsärzte in der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/

WICHTIGE REGELN & GRUNDLAGEN

HILFSMITTEL-RICHTLINIE ENTHÄLT ALLGEMEINE VERORDNUNGSGRUNDSÄTZE

Wenn Ärzte Hilfsmittel zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen, haben sie bestimmte Kriterien zu beachten. Sie müssen sich unter anderem persönlich vom Zustand des Patienten überzeugt haben, das Hilfsmittel medizinisch für notwendig halten und das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten. Die allgemeinen Ordnungsgrundsätze finden Ärzte in der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

KOSTENÜBERNAHME DURCH DIE KRANKENKASSEN

Die gesetzlichen Krankenkassen legen fest, für welche verordneten Hilfsmittel die Kosten übernommen werden. Dabei haben die Patienten einen bestimmten Anteil selbst zu tragen (siehe Seite 3 „Zahlung durch den Patienten“). Für Seh- und Hörhilfen gibt es besondere Regeln. Hier zahlen die gesetzlichen Krankenkassen Festbeträge. Auch darüber erfahren Sie auf den nächsten Seiten mehr.

TIPP

Sprechen Sie mit Ihrem Patienten darüber, dass dieser zuerst bei seiner Krankenkasse nachfragt und sich die Leistungsübernahme bestätigen lässt.

HILFSMITTELVERZEICHNIS DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

Der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) führt ein Hilfsmittelverzeichnis (siehe Seite 2). Es enthält alle Produkte, deren Kosten erstattet werden. Aktuell sind es etwa 20.000 Artikel.

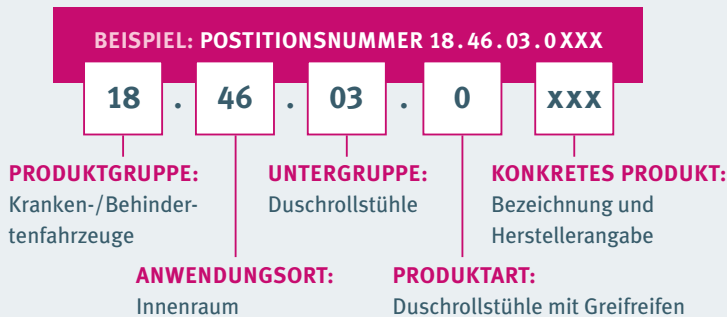
Das Hilfsmittelverzeichnis wird vom GKV-Spitzenverband fortlaufend aktualisiert. Die Liste ist somit nicht abschließend. Auch ist sie nicht bindend im rechtlichen Sinne. Das heißt: Ärzte dürfen selbstverständlich auch Produkte verordnen, die nicht in der Liste stehen, für die die Krankenkassen im Einzelfall aber doch die Kosten übernehmen.

Hilfsmittel richtig verordnen

Was müssen Ärzte bei der Verordnung von Hilfsmitteln beachten? Sind Richtgrößen vorgesehen und kann es Regresse geben? Welche Vordrucke sind zu verwenden? Wir haben die wichtigsten Regelungen zusammengestellt. Dabei geht es auch um das Thema Zuzahlung, denn Patienten müssen sich mit einem festgelegten Prozentsatz an den Kosten beteiligen.

DAS HILFSMITTELVERZEICHNIS

Das Hilfsmittelverzeichnis ist nach Produktgruppe, Anwendungsort, Untergruppe, Produktart und Einzelprodukt gegliedert. Jedes Produkt hat eine zehnstellige Positionsnummer.



➤ **PRODUKTGRUPPE 1–33:** Sie sind alphabetisch sortiert und fortlaufend besetzt von „01 Absauggeräte“ bis „33 Toilettenhilfen“. Hörhilfen stehen in Gruppe 13, Sehhilfen in Gruppe 25. Eine Sonderstellung nehmen zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel ein, zum Beispiel Krankenpflegeartikel wie saugende Bettschutzeinlagen und Urinauffangbeutel bei Inkontinenz oder Stoma-Artikel.

➤ **PRODUKTGRUPPE 50–54:** Sie umfassen Pflegehilfsmittel und dienen ausschließlich der Versorgung von Pflegebedürftigen. Die Kosten werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern von der Pflegeversicherung übernommen. Einige Produkte haben eine Doppelfunktion (siehe Seite 3 „Hilfsmittel mit Doppelfunktion“).

➤ **PRODUKTGRUPPE 98/99:** Produktgruppe 98 enthält sonstige Pflegehilfsmittel. Produktgruppe 99 enthält Verschiedenes. Hier wurden unter anderem Erektionshilfen eingruppiert, die bei der Behandlung von Impotenz unter bestimmten Voraussetzungen verordnet werden können.

MEHR INFORMATIONEN

➤ Das Hilfsmittelverzeichnis steht als Onlineversion auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes bereit: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp

TIPP

Sprechen Sie mit Ihrem Patienten über die gesetzlich geregelte Zuzahlung, um Missverständnisse zu vermeiden.

WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT BEACHTEN – REGRESSE VERMEIDEN

Bei der Verordnung von Hilfsmitteln gibt es keine Richtgrößen. Trotzdem unterliegen alle vom Arzt ausgestellten Hilfsmittelverordnungen dem grundsätzlichen Wirtschaftlichkeitsgebot nach Paragraph 12 SGB V. Demnach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dies bedeutet, dass arztbezogene Einzelfallprüfungen nach Paragraph 106 SGB V möglich sind und in diesem Rahmen die Prüfungsstelle auch Regresse aussprechen kann.

LEIHWISES ÜBERLASSEN VON HILFSMITTELN UND PFLEGEHILFSMITTELN

Hilfsmittel können von den gesetzlichen Krankenkassen auch leihweise überlassen werden (vgl. Paragraph 33 Absatz 5 Satz 1 SGB V). Das kommt insbesondere für hochwertige technische Produkte wie Rollstühle oder Beatmungsgeräte in Frage. Aber auch Babywaagen oder Milchpumpen, die nicht stark individuell angepasst werden müssen, können leihweise überlassen werden.



SO WIRD VERORDNET

Hilfsmittel werden auf Muster 16 verordnet. Dies wird auch für die Verordnung von Arzneimitteln verwendet. Für Hör- und Sehhilfen sowie vergrößernde Sehhilfen gibt es dagegen eigene Muster (siehe Seite 5 beziehungsweise 6).

Das Hilfsmittel muss so eindeutig wie möglich bezeichnet werden. Alle Angaben, die für die individuelle Versorgung oder Therapie notwendig sind, müssen auf dem Rezept angegeben werden. Dazu gehören die Diagnose, das Verordnungsdatum und die Bezeichnung des Hilfsmittels laut Hilfsmittelverzeichnis, falls es dort gelistet ist. Welche Angaben erforderlich sind, gibt Paragraph 7 der Hilfsmittel-Richtlinie vor.

Der Patient kann sich mit dem Rezept zunächst an seine Krankenkasse wenden. Diese nennt ihm einen Hilfsmittelanbieter, der mit der Kasse einen Versorgungsvertrag hat, zum Beispiel ein bestimmtes Sanitätshaus. Wurde ein Hilfsmittel individuell angefertigt, so ist nach der

Anpassung des Produktes zu prüfen, ob das Hilfsmittel der Verordnung entspricht, korrekt angefertigt ist und seinen Zweck erfüllt.

ZUZAHUNG DURCH DEN PATIENTEN

In vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung müssen sich Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einem festgelegten Prozentsatz an den Gesamtkosten beteiligen. Auch bei Hilfsmitteln ist das so. Hier gestaltet sich die gesetzliche Zuzahlungspflicht wie folgt:

Allgemeine Hilfsmittel. Zum Beispiel Gehstützen oder Einlagen. Patienten zahlen zehn Prozent des Abgabepreises für jedes Hilfsmittel, mindestens fünf Euro, höchstens zehn Euro.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel. Zum Beispiel Inkontinenzvorlagen oder Windeln. Patienten zahlen zehn Prozent des Abgabepreises je Verbrauchseinheit, maximal zehn Euro pro Monat.

BESONDERHEITEN BEI SEH- UND HÖRHILFEN

Sehhilfen. Bei allen Sehhilfen, bei denen die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten übernimmt, zahlen Patienten zehn Prozent des Gesamtpreises für beide Gläser oder Linsen, maximal zehn Euro, mindestens fünf Euro. Bei Beträgen unter fünf Euro zahlen sie den jeweiligen Preis.

HINWEIS

Sehhilfen werden in der Regel als Paar abgegeben. Ein Paar entspricht einer Versorgungseinheit und auf diese Einheit – und somit auf den Gesamtbetrag für zwei Brillengläser oder zwei Kontaktlinsen – bezieht sich die Zuzahlung. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen Brillengläser oder Kontaktlinsen aber in der Regel selbst bezahlen.

Hörhilfen. Patienten zahlen zehn Prozent vom Gesamtabgabepreis für das Hörgerät und die Otoplastik je Ohr, maximal zehn Euro, mindestens fünf Euro.

HINWEIS

Im Gegensatz zu Sehhilfen wird bei Hörgeräten nicht von einer paarweisen Abgabe ausgegangen. Dennoch ist die beidohrige Versorgung mittlerweile von großer praktischer Relevanz. Es wird jedoch angenommen, dass die Indikation bei den Ohren in der Regel unterschiedlich ist.

The image shows two overlapping forms. The left form is titled 'Freigabe 01.09.2014' and contains fields for 'Krankenkasse bzw. Kostenträger', 'Name, Vorname des Versicherten', 'Geburtsdatum', 'Geburtsort', 'Arzt Nr.', 'Datum', 'Rp. (Bitte Lesetexte durchzeichnen)', and 'Arbeitsort'. The right form is titled 'Empfangsbestätigung für Hilfsmittel' and 'Vermerke der Krankenkasse'. It has a table with columns 'Nr.', 'Datum', and 'Unterschrift des Empfängers'. The table contains three rows with numbers 1, 2, and 3 in the first column. Both forms have a diagonal watermark that says 'Verbindliches Muster'.

HILFSMITTEL MIT DOPPELFUNKTION

Bei Hilfsmitteln, die sowohl in der tagesstrukturierten Pflegeeinrichtung als auch im häuslichen Umfeld genutzt werden, gab es lange Jahre eine Kontroverse darüber, wer die Kosten trägt: die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung. Dies führte immer wieder zu aufwändigen Prüfungen der Leistungszuständigkeit im Einzelfall und zu langen Wartezeiten für Patienten. 2013 wurde der Streit beigelegt: Der GKV-Spitzenverband hat in Richtlinien die doppelфункционаlen Hilfsmittel bestimmt und die anteilmäßige Kostenerstattung zwischen Kranken- und Pflegekassen festgelegt. Seit Anfang 2014 wird beispielsweise ein fahrbarer Liftler zu 54,5 Prozent von der Krankenkasse und zu 45,5 Prozent von der Pflegekasse bezahlt.

Die Richtlinien finden Ärzte auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes in der Rubrik „Pflegeversicherung“ unter „Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare“: www.gkv-spitzenverband.de



6.000

Etwa 6.000 Fachärzte für Augenheilkunde waren 2013 bundesweit ambulant tätig.

SEHHILFEN

Zwei Drittel aller Deutschen ab 16 Jahren tragen eine Brille, um besser zu sehen. Die Brille ist mittlerweile aber auch ein modisches Accessoire, von dem viele Bürger gleich mehrere Modelle besitzen. In welchen Fällen eine Sehhilfe verordnungsfähig ist und was Ärzte über den verkürzten Versorgungsweg wissen sollten, haben wir nachfolgend zusammengestellt.

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE VERORDNUNG

Brillengläser und Kontaktlinsen können zur Verbesserung der Sehschärfe und zu therapeutischen Zwecken vom Facharzt für Augenheilkunde verordnet werden. Dafür müssen konkrete Voraussetzungen erfüllt sein.

➤ THERAPEUTISCHE SEHHILFEN

Zur Behandlung einer Augenverletzung oder einer Augenerkrankung können Augenärzte therapeutische Sehhilfen verordnen. Bei welchen Indikationen sie das dürfen, wird in Abschnitt B der Hilfsmittel-Richtlinie geregelt.

➤ HILFSMITTEL ZUR VERBESSERUNG DER SEHSCHÄRFE

Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr müssen für Brillengläser oder Kontaktlinsen in der Regel selbst zahlen. Generell werden nur in wenigen Fällen die Kosten erstattet.

Regelungen bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre: Augenärzte dürfen Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe nur bei Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen.

Regelungen bei Erwachsenen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

Eine Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur möglich, wenn der Versicherte aufgrund seiner Sehschwäche oder Blindheit auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung hat. Welche Kriterien hier exakt erfüllt sein müssen, erfahren Ärzte in Abschnitt B der Hilfsmittel-Richtlinie.

Regelungen bei vergrößernden Sehhilfen:

Zur Verbesserung der Sehschärfe können auch vergrößernde Sehhilfen verordnet werden. Hier sind optische Modelle wie Hellfeldlupen ebenso möglich wie elektronische Modelle, zum Beispiel Bildschirmlesegeräte. Welche vergrößernden Sehhilfen bei welchen Sehbeeinträchtigungen verordnet werden dürfen, regelt Paragraph 16 der Hilfsmittel-Richtlinie. Demnach sind elektronische Modelle für die Nähe in der Regel ab einem sechsfachen Vergrößerungsbedarf verordnungsfähig.

STICHWORT

MESSEN DER SEHSCHÄRFE (REFRAKTIONSWERTE)

Im Rahmen der augenärztlichen Untersuchung werden die Refraktionswerte erhoben. Diese Untersuchungen erfolgen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn nur anhand der Refraktionswerte kann entschieden werden, ob der Patient Anspruch auf eine von der Krankenkasse bezahlte Sehhilfe hat oder andere medizinische Maßnahmen erforderlich sind.

Verordnung von vergrößernden Sehhilfen
Freigabe 01.09.2014

Name, Vorname des Versicherten: _____, geb. am: _____

PLZ: _____

Arztanamnese

Sehhilfen: _____

Diagnose (Hauptdiagnose): _____

Diagnose (Nebendiagnosen): _____

Medikation: _____

Gründe und Art der Verordnung: _____

Sehhilfe	Zylinder	Achsen/Praxis/Rechts	Sehhilfe	Seehilfen	Seehilfen	Seehilfen	Seehilfen	Seehilfen	Seehilfen	Seehilfen
R			L							
L			R							
R			L							
L			R							

Verbindliches Muster

Erklärung des Versicherten (Zur Erleichterung oder Verlust der Sehhilfe)

Sich erklären, dass ich bisher noch keine Sehhilfe genutzt habe

Sich erklären, dass meine übliche Sehhilfe verlorengegangen ist

Erklärung des Versicherten

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen

in Höhe des geltender Festbetrags

in Höhe von _____ Euro

Empfangsbestätigung

empfängliche Sehhilfen

Sehhilfen

Bescheinigung des Leistungserbringers

Die vergrößernde Sehhilfe wurde gemäß verbindlicher Entgeltbemessung (Bemessungssatz) abgegeben und entspricht ein Maßstab, dass die gesamte vergrößernde Sehhilfe der Ausstattung entspricht.

Verbindliches Muster

Zur Beachtung für den Versicherten

Freigabe 01.09.2014

FRAGEN & ANTWORTEN

❓ Können Jugendliche auf Wunsch farbig Kontaktlinsen verordnet bekommen?

Nein, Kontaktlinsen in farbiger Ausführung zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris sind in der Regel nicht verordnungsfähig. Die Hilfsmittel-Richtlinie lässt wenige Ausnahmen zu. Zum Beispiel dürfen Iris-schalen mit geschwärtzter Pupille bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut des blinden Auges verordnet werden. Die Kontaktlinse ist dann keine Sehhilfe, sondern ein Körpersersatzstück.

❓ Werden UV-Kantenfilter bei Aniridie von der Krankenkasse bezahlt?

Ein Brillenglas mit UV-Kantenfiltertönung (400 Nanometer Wellenlänge) ist zum Beispiel bei Aphakie oder Iris-kolobomen verordnungsfähig. Das regelt Paragraph 17 Absatz 1 Nummer 2 der Hilfsmittel-Richtlinie. Eine Aniridie wird dort nicht ausdrücklich genannt. Da hier aber die Iris vollständig fehlt, entspricht sie aus medizinischer Sicht dem Indikationskriterium „Iris-kolobom“ und die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ist somit gegeben.

VERORDNUNG AUF MUSTER 8 UND 8A

Sehhilfen werden auf Muster 8 verordnet – unabhängig davon, ob die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden oder nicht. Der Patient löst das Rezept beim Augenoptiker ein. Der Hilfsmittellieferant bescheinigt auf der Rückseite des Rezeptes, dass die Sehhilfe korrekt abgegeben und angepasst wurde und der Verordnung entspricht.

Für vergrößernde Sehhilfen wie Lupen oder Bildschirmlesegeräte benutzt der Augenarzt Muster 8a. Bei der Verordnung von vergrößernden Sehhilfen ist eine augenärztliche Untersuchung immer Voraussetzung. Hier muss der Augenarzt vor dem Ausstellen einer Verordnung prüfen, ob der Patient die Sehhilfe auch zielführend nutzen kann.

VERKÜRZTER VERSORGUNGSWEG

Der verkürzte Versorgungsweg ermöglicht, dass Kontaktlinsen vom Vertragsarzt direkt an den Patienten abgegeben werden. Die Herstellung der Produkte erfolgt ohnehin außerhalb der Praxis durch autorisierte Firmen. Die Hilfsmittel werden nach Bestellung in der Augenarztpraxis abgegeben. Voraussetzung ist, dass der Vertragsarzt

einen Vertrag mit der Krankenkasse schließt. Auch in diesen Fällen gelten die Verbote und Verpflichtungen nach Paragraph 128 SGB V (siehe Seite 8 „Zusammenarbeit mit Hilfsmittelanbietern“). Die Vergütung muss zum Beispiel unmittelbar von der Krankenkasse kommen und darf auf keinen Fall durch einen Gesundheitshandwerker erfolgen. Zudem müssen Augenärzte die steuerlichen Besonderheiten beachten, wenn sie Kontaktlinsen in den eigenen Praxisräumen anbieten und verkaufen.

KRANKENKASSE ZAHLT FESTBETRAG

Die Krankenkassen bezahlen ausschließlich Brillengläser, keine Fassungen. Zudem wird stets nur ein Festbetrag gezahlt. Bei mineralischen Einstärkengläsern mit sphärischen Flächen bis +/- 16 Dioptrien sind es derzeit 31,09 Euro pro Glas. Bei allen Sehhilfen, für die die Krankenkasse die Kosten übernimmt, besteht die gesetzliche Zuzahlungspflicht des Patienten (siehe Seite 3).

MEHR INFORMATIONEN

➔ Alle Festbeträge in der Rubrik „Hilfsmittel“ unter „Festbeträge“ auf: www.gkv-spitzenverband.de

HÖRHILFEN

Jährlich erhalten mehr als 500.000 gesetzlich Versicherte Hörhilfen. Die Erstverordnung darf nur nach fachärztlicher Untersuchung erfolgen. Zudem unterliegt die Hörgeräteversorgung der Qualitätssicherung. Das heißt, Ärzte brauchen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Die wichtigsten Regeln sind nachfolgend zusammengestellt.

ERSTVERORDNUNG NUR DURCH DEN FACHARZT

Patienten müssen für die erste Indikationsstellung stets den Facharzt konsultieren, da zunächst die Ursache des Hörverlustes medizinisch abgeklärt werden muss. Sollte sich bei dieser ersten Untersuchung herausstellen, dass eine Hörgeräteversorgung notwendig ist, so stellt der Facharzt eine Verordnung für eine Hörhilfe aus. Eine Anpassung der Hörhilfe erfolgt in der Regel beim Akustiker. Der behandelnde Facharzt prüft dann mit seinem Patienten, ob die Hörergebnisse zufriedenstellend sind.

FACHÄRZTLICHE FOLGEVERORDNUNG

Auch bei Folgeverordnungen ist eine fachärztliche Untersuchung ratsam. In den folgenden Fällen ist eine erneute Diagnose oder Therapieentscheidung zwingend erforderlich:

- Bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr
- Bei neu aufgetretenem Tinnitus
- Bei an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit

Und natürlich immer wenn eine ärztliche Verordnung medizinisch notwendig ist.

TIPP

Weisen Sie Ihren Patienten darauf hin, dass er bei jeder Verschlechterung des Hörvermögens zuerst zu Ihnen kommt. Eine Hörverschlechterung kann verschiedene Ursachen haben. Nur durch den Arzt kann der Patient eine medizinisch sichere Diagnose erhalten.

VERORDNUNG AUF MUSTER 15

Hörhilfen werden durch einen HNO-Arzt, einen Facharzt für Phoniatrie oder bei Kindern von einem Facharzt für Pädaudiologie auf Muster 15 verordnet.

Der Arzt setzt ton- und sprachaudiometrische Verfahren ein, um festzustellen, ob eine Kommunikationsbehinderung vorliegt und damit die Voraussetzungen für eine Hörgeräteversorgung gegeben sind. Die audiometrisch erhobenen Daten sowie die anatomischen Gegebenheiten des zu versorgenden Ohres gibt der Vertragsarzt auf Vordruckmuster 15 an.

Der Patient löst das Rezept beim Hörgeräteakustiker ein. Nachdem dieser das Gerät angepasst hat, muss der Facharzt prüfen, ob damit tatsächlich eine Hörverbesserung erzielt wird. Auch muss sich der Arzt vergewissern, dass die selbst erhobenen Messwerte mit denen des Akustikers übereinstimmen, und dies auf der Rezeptrückseite bescheinigen.

4.400

Etwa 4.400 HNO-Ärzte, Phoniater und Pädaudiologen waren 2013 bundesweit tätig.

VERKÜRZTER VERSORGENSWEG

Nicht nur Hörgeräteakustiker, sondern auch Ärzte haben die Möglichkeit, ein Hörgerät an den Patienten abzugeben. Dann spricht man vom verkürzten Versorgungsweg. In diesen Fällen nimmt der Arzt die erweiterte audiometrische Messung vor und erstellt den Ohrabdruck. Beides übermittelt er an eine Firma, die auf der Basis der ermittelten Hörkurve ein Hörgerät auswählt, dies programmiert und nach der Vorlage des Ohrabdruckes das Ohrpassstück anfertigt. Die Firma liefert es an den HNO-Arzt aus. Dieser weist dann den Patienten in die Funktionen des Hörgerätes ein und übernimmt die Feinjustierung.

Der verkürzte Versorgungsweg kann vom HNO-Arzt nur genutzt werden, wenn er eine vertragliche Vereinbarung mit der Krankenkasse hat, in welcher die Bedingungen der zu erbringenden Leistungen festgelegt sind. Die Vergütung erfolgt unmittelbar von der Krankenkasse. Diese informiert auch die jeweils zuständige Ärztekammer über ihre Verträge.

VERORDNUNGSFÄHIGE HÖRHILFEN

Die Hilfsmittel-Richtlinie gibt vor, welche Hörhilfen verordnet werden dürfen. Dazu gehören:

- Hörgeräte inklusive Zubehör: *Luftleitungsgeräte* – „*Hinter-dem-Ohr-Geräte*“, die hinter der Ohrmuschel sitzen und „*Im-Ohr-Geräte*“ (ITE-, ITC- oder CIC-Geräte), die vollständig in der Ohrmuschel oder im Gehörgang getragen werden. *Knochenleitungshörgeräte* – Hörgeräte, die auf dem Schädelknochen sitzen.
- Tinnitus-Masker und kombinierte Masker/Hörgeräte (sogenannte Tinnitus-Instrumente)
- Übertragungsanlagen

Alle verordnungsfähigen Hörhilfen finden Ärzte im Hilfsmittelverzeichnis in Produktgruppe 13 „Hörhilfen“. Es kann aber auch sein, dass Geräte vom Akustiker abgegeben und von der Krankenkasse erstattet werden, die aktuell nicht dort gelistet sind.

KRANKENKASSE ZAHLT FESTBETRAG

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Hörhilfe grundsätzlich in Höhe des jeweiligen Festbetrags. In den vergangenen Jahren hat der GKV-Spitzenverband die Festbeträge für die Versorgung von schwerhörigen Versicherten mit Hörhilfen deutlich erhöht. Das Bundessozialgericht hatte im Dezember 2009 den seit 2005 geltenden Festbetrag für Hörgeräte als unzureichend und rechtswidrig bewertet (Aktenzeichen: B3 KR 20/08).

Derzeit gelten unter anderem folgende Festbeträge:

733,59 Euro für ein Hörgerät für einen Versicherten, dessen Schwerhörigkeit nicht an Taubheit grenzt, ab vollendetem 18. Lebensjahr.

146,72 Euro Abschlag für das zweite Hörgerät bei beidohriger (binauraler) Versorgung.

786,86 Euro für ein Hörgerät für einen erwachsenen Versicherten, dessen Schwerhörigkeit an Taubheit grenzt.

157,37 Euro Abschlag für das zweite Hörgerät bei beidohriger (binauraler) Versorgung.

TIPP

Weisen Sie Ihren Patienten darauf hin, dass dieser sich mit seiner Krankenkasse abstimmt. Nur so kann er den zusätzlich zu leistenden Eigenanteil am Hörgerät erfahren.

QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNG HÖRGERÄTEVERSORGUNG

Seit 2012 können Leistungen zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgerechnet werden. Es handelt sich um die Gebührenordnungspositionen 09372 bis 09375 und 20372 bis 20375. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben 2012 eine Qualitätssicherungsvereinbarung geschlossen. Das heißt, Ärzte benötigen für die Durchführung und Abrechnung eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung regelt folgende Bereiche:

- Fachliche Qualifikation des verordnenden Arztes
- Umfang der Hörgeräteversorgung
- Elektronische Dokumentation
- Anforderungen an die Praxisausstattung
- Jährlicher Nachweis einer messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte
- Kontrolle der Versorgung mit Hörgeräten mittels Sprachaudiometrie und APHAB-Fragebogen

MEHR INFORMATIONEN

- Einheitlicher Bewertungsmaßstab: www.kbv.de/html/ebm.php
- Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung: www.kbv.de/html/themen_2831.php
- Alle Festbeträge finden Sie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes in der Rubrik „Hilfsmittel“ unter „Festbeträge“: www.gkv-spitzenverband.de

Zusammenarbeit mit Hilfsmittelanbietern

Bei der Hilfsmittelversorgung arbeiten Ärzte mit Herstellern und Anbietern von Hilfsmitteln zusammen. Für diese Zusammenarbeit gibt es Regeln.



SOZIAL- UND BERUFSRECHTLICHE VORSCHRIFTEN

Die sozialrechtlichen Vorschriften finden Ärzte im SGB V. Paragraph 128 enthält vier Verbote, die wir anhand von Praxisbeispielen kurz vorstellen. Die berufsrechtlichen Vorschriften sind unter anderem in der Musterberufsordnung enthalten. Zu nennen sind insbesondere die Paragraphen 30 bis 33. Demnach sind Ärzte verpflichtet, in allen Beziehungen zu Dritten ihre Unabhängigkeit zu wahren. Sie dürfen kein Geld fordern, wenn sie Hilfsmittel verordnen. Ärzte dürfen Patienten auch nicht ohne hinreichenden Grund an einen bestimmten Hilfsmittelanbieter verweisen oder diesen empfehlen.

MEHR INFORMATIONEN

➔ Die Broschüre „Richtig kooperieren“ informiert ausführlich über rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit von Vertragsärzten und bietet viele Praxisbeispiele. Zum Download unter: www.kbv.de/mediathek
In gedruckter Form bestellbar bei: versand@kbv.de



SGB V § 128: VIER VERBOTE

DEPOTVERBOT

1

BEISPIEL

Ein Orthopäde beispielsweise darf kein Depot unterhalten, aus dem er Stützstrümpfe an die Versicherten abgibt. Allerdings darf er Patienten im Notfall mit Gehstützen versorgen. Auch darf er Produktmuster zum Testen und Vorführen in der Praxis bereithalten.

BETEILIGUNGSVERBOT

2

BEISPIEL

Ein HNO-Arzt darf sich nicht an der Arbeit eines Hörgeräteakustikers beteiligen – sprich: Er darf das Hörgerät nicht gemeinsam mit dem Akustiker an das Ohr des Patienten anpassen und sich diese Zusammenarbeit bezahlen lassen. Aber: Er darf Hörgeräte ohne Einbindung des Hörgeräteakustikers anpassen, wenn er einen Vertrag zum „verkürzten Versorgungsweg“ mit den Krankenkassen hat. Diese Leistung erstattet ihm die Krankenkasse dann direkt – daher „verkürzter Versorgungsweg“.

ZUWENDUNGSVERBOT

3

BEISPIEL

Ein Orthopäde darf einen Patienten nicht zur Versorgung mit Einlagen zu einem bestimmten Sanitätshaus schicken und dafür vom Sanitätshaus als Gegenleistung Geld annehmen. Sämtliche Zuwendungen in Form von Geld und sonstigen wirtschaftlichen Vorteilen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln sind unzulässig.

IGEL-VERBOT

4

Das Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) im Zusammenhang mit einer Hilfsmittelversorgung ist grundsätzlich als problematisch anzusehen.



WAS BEDEUTET PRÄQUALIFIZIERUNG?

Nicht jeder Hilfsmittelanbieter darf einen Patienten mit seinen Produkten versorgen. Seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 ist eine Versorgungsberechtigung zwingend an einen Vertrag mit den Krankenkassen gebunden (Paragraf 126/127 SGB V).

Wer Hilfsmittel anbieten will, muss ein so genanntes Präqualifizierungsverfahren durchlaufen: Er bewirbt sich beim GKV-Spitzenverband unter der Voraussetzung, dass er eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung leisten kann. Wer die Bedingungen zu einem günstigen Preis erfüllt, darf eine bestimmte Region mit bestimmten Hilfsmitteln versorgen.

Für einen Versicherten bedeutet das: Er erhält das vom Arzt verordnete Hilfsmittel mitunter nicht beim nächsten Sanitätshaus um die Ecke. Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten über die Vertragspartner, die für die Versorgung berechtigt sind, informieren. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zukommen lassen.

FRAGEN & ANTWORTEN AUS DEM PRAXISALLTAG

? Sind Kniebandagen Hilfsmittel oder Verbandstoffe?

Es handelt sich hier nicht um Verbandstoffe nach Paragraph 31 Absatz 1 SGB V, sondern um Hilfsmittel. Bei entsprechender Indikation – zum Beispiel bei chronischen oder postoperativen Weichteil-Reizzuständen des Kniegelenks – sind die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Bandagen als Hilfsmittel verordnungsfähig.

? Können gleich zwei Paar Kompressionsstrümpfe auf einmal verordnet werden?

Ja, der Arzt darf funktionsgleiche Mittel mehrfach verordnen, „wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig ist“ (Paragraf 6 Absatz 8 Hilfsmittel-Richtlinie). Auch bei orthopädischen Straßenschuhen erhalten Patienten im Rahmen der Erstversorgung grundsätzlich zwei Paar.

? Wann darf dem Patienten ein Blutdruckmessgerät verordnet werden?

Wenn der Patient einen medikamentös schwer einzustellenden Bluthochdruck vorweist, der täglich mehrfach gemessen werden muss. Hier ist eine Schulung und Einweisung des Patienten in die Technik der Blutdruckmessung durch den Arzt erforderlich. Die entsprechenden Indikationen finden Ärzte im Hilfsmittelverzeichnis (Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände und -funktionen, Untergruppe 01).

? Wann sind Vorlagen, Netzhosen oder Windelhosen verordnungsfähig?

Wenn beim Patienten eine mindestens mittelgradige Inkontinenz vorliegt. Das heißt, die Ausscheidungsmenge beträgt mindestens 100 Milliliter in vier Stunden. Die Indikationen für die Verordnung von Inkontinenzhilfen stehen im Hilfsmittelverzeichnis (Produktgruppe 15).

? Gehört der Blindenführhund zu den Hilfsmitteln?

Blindenführhunde sind tatsächlich Hilfsmittel im Sinne des Paragraphen 33 SGB V. Da der Hund aber ein Lebewesen ist, führt das Hilfsmittelverzeichnis unter Produktnummer „99.99.01.0001 – Blindenführhund“ nur die Kriterien, die das Tier, der Ausbilder/die Blindenführhundeschule und der Patient erfüllen müssen. So haben Hund und Halter beispielsweise eine Gespannprüfung zu bestehen. Die Krankenkasse übernimmt die Anschaffungskosten für den Hund und zahlt eine monatliche Pauschale für Futter und Impfungen.

HILFSMITTEL
➤ HINWEISE ZUR
VERORDNUNG
www.kbv.de

MEHR ZUM THEMA

www.kbv.de/html/verordnungen.php

www.kbv.de/html/hilfsmittel.php

IMPRESSUM

Herausgeber: KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Referat Veranlasste Leistungen,
Geschäftsbereich Ärztliche und veranlasste Leistungen,
Dezernat Kommunikation der KBV

Gestaltung: www.malzwei.de

Fotos: © Fotolia.com – artshotphoto, lightwavemedia,
Photographiee.eu, WavebreakmediaMicro;

© iStockphoto.de – Maica, MiguelMalo, YinYang

Stand: Januar 2015

*Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die männliche Form der
Berufsbezeichnung gewählt. Selbstverständlich ist hiermit auch
die weibliche Form gemeint.*