



**Empfehlungen
des GKV–Spitzenverbandes
zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung
während der Ausbreitung des
Coronavirus SARS–CoV2**

Stand: 14.06.2021

Gültig ab: 15.06.2021

Gültig bis zum: 30.09.2021

Version: 1.9

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–3140
hilfsmittel@gkv-spitzenverband.de

1 Präambel

Die SARS-CoV2-Pandemie weist in Deutschland eine dynamische Entwicklung auf. Die von der Bundesregierung und den Bundesländern angeordneten Maßnahmen zur Verlangsamung der Verbreitung des Virus werden kontinuierlich an die jeweilige Situation angepasst. Der GKV-Spitzenverband hat daher die Empfehlungen zur Sicherung der Versorgung mit Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln (im Folgenden: Hilfsmittel) überprüft. Die neu gefassten Empfehlungen gelten vom 15. Juni 2021 bis zum 30. September 2021; sie stellen kein Präjudiz für die darauffolgende Zeit dar.

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.

Kontaktreduzierung bei der Versorgung

Angesichts der erforderlichen Kontaktreduzierung sollen persönliche Kontakte zwischen Versicherten und Leistungserbringern vermieden werden. Hilfsmittel können daher auch per Versand an die Versicherten abgegeben werden, sofern ein persönlicher Kontakt zum Beispiel zur Anpassung des Hilfsmittels nicht zwingend erforderlich ist.

Medizinisch notwendige Behandlungen (hier: Hilfsmittelversorgungen), bei denen eine körperliche Nähe unabdingbar ist (z. B. notwendige Anpassungen, bei denen die Mitwirkung der Versicherten erforderlich ist), bleiben weiter möglich. Bei der Abwägung, wann ein dringender, medizinisch notwendiger Versorgungsfall vorliegt, und welche Schutzmaßnahmen vor Infektionen zu treffen sind, sind die Anordnungen der Bundesländer, des Bundes und der zuständigen Behörden maßgeblich.

Bei einer Versorgung des diabetischen Fußes kann z. B. die Dauer des persönlichen Kontaktes und die Entfernung zum Versicherten reduziert werden, indem anstelle einer Pedographie andere geeignete Messverfahren angewendet werden, die entsprechend von den Krankenkassen akzeptiert werden.

Beratungen oder Hinweise zur Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel können 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).

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

Administrative Prozesse

Auf die Erbringung von Unterschriften durch die Versicherten (Empfangsbestätigung, Beratungsdokumentation, Lieferschein etc.) soll bei Versorgungen ohne oder mit persönlichem Kontakt ebenfalls 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 Corona-Pandemie notwendig war. Bei der Empfangsbestätigung kann auch die zustellende Person unterzeichnen, ohne dass der Leistungserbringer dies bei der Abrechnung kenntlich macht. Es richtet sich nach den vertraglichen Regelungen, ob und wann die Unterlagen bei der Krankenkasse einzureichen sind.

Auf Fortbildungsnachweise, die gemäß einer vertraglichen Verpflichtung von den Leistungserbringern beizubringen sind, wird bis auf Weiteres verzichtet.

Fristen

Sofern – bezogen auf die erteilte Genehmigung oder bei genehmigungsfreien Hilfsmitteln – vertraglich vereinbarte Liefer-, Fertigungs-, Rückhol- und Abgabefristen aus triftigem Grund nicht eingehalten werden können (z. B. aufgrund von Lieferengpässen oder befristeten Quarantänemaßnahmen beim Versicherten oder beim Leistungserbringer), 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. Die vertraglichen Verpflichtungen bleiben weiterhin bestehen.

Ärztliche Verordnung

Nicht aufschiebbare (Erst-)Versorgungen können im Ermessen des Leistungserbringers auch ohne Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung begonnen werden. Für die Abrechnung bleibt die Vorlage der Verordnung unverzichtbar. 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. Verordnungen, die per Fax übermittelt werden, sind im Abrechnungsprozess als Original anzuerkennen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 30. Oktober 2020 (BAnz AT 06.11.2020 B2) die Sonderregelungen des § 11a Absatz 1 der Hilfsmittel-Richtlinie (Anlage) für das gesamte Bundesgebiet zugelassen. Die Zulassung gilt gemäß Beschluss vom 18. März 2021 (BAnz AT 31.03.2021 B8) nunmehr bis zum 30. September 2021. Danach können Ärztinnen und Ärzte Folgeverordnungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sowie Zubehörteile oder Ersatzbeschaffungen für Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, mit Ausnahme für Seh- und Hörhilfen auch nach telefonischer Anamnese ausstellen und postalisch an die oder den Versicherten übermitteln. Voraussetzung ist, dass zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt erfolgt ist.

Sofern eine Verordnung im Krankenhaus ausgestellt wurde, wird für die Weiterversorgung nach der Entlassung keine ärztliche Verordnung eines niedergelassenen Vertragsarztes von der Krankenkasse für die Dauer der Versorgung verlangt. Die Krankenhausverordnung hat den Stellenwert einer vertragsärztlichen Verordnung.

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.

Abrechnung

Vertraglich vereinbarte Fristen, in denen eine Abrechnung spätestens einzureichen ist, werden bis zum 30. September 2021 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.

Vergütung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen bis zum 31. Dezember 2021 monatlich den Betrag von 60 Euro nicht übersteigen (vgl. § 40 Absatz 2 SGB XI). Maßgeblich für die Feststellung, ob eine Versorgung in diesem Zeitraum erfolgt, ist der Tag der Leistungserbringung, im Falle einer Kostenerstattung im Sinne von § 40 Absatz 2 Satz 2 SGB XI das Kaufdatum.

Der Betrag von 60 Euro stellt zugleich die Vergütung dar, die ein Leistungserbringer für die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln monatlich höchstens beanspruchen kann, ohne dass es insoweit einer Änderung der Verträge nach § 78 Absatz 1 SGB XI bedarf. Die Leistungserbringer können also vorübergehend gegenüber den Pflegekassen auch Preise oberhalb der aktuellen Vertragspreise abrechnen, sofern die tatsächlichen Preise die Vertragspreise übersteigen.

Ausgesprochene Genehmigungen behalten hinsichtlich des Genehmigungszeitraumes und ggf. der genehmigten Produkte ihre Gültigkeit. Einer erneuten Genehmigung bedarf es daher nicht, weil der gesetzliche Höchstbetrag angehoben wurde oder die Vertragspreise in dieser Zeit nicht angewendet werden können.

Anlage: § 11a der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA