

Faktenblatt

Thema: Hilfsmittel

26.02.2019, Pressestelle GKV-Spitzenverband



Generelle Hilfsmittelleigenschaft/Leistungspflicht

Gesetzlich Krankenversicherte haben einen Anspruch auf Hilfsmittelversorgung gegenüber ihrer Krankenkasse (§ 33 SGB V). Die Krankenkassen realisieren diesen Versorgungsanspruch im Rahmen des Sachleistungsprinzips, indem sie Verträge gemäß § 127 SGB V mit Hilfsmittelleistungserbringern schließen. Dabei müssen die Krankenkassen die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V) an die Qualität der Hilfsmittel und der Versorgung den Verträgen zugrunde zu legen.

Gemäß den einschlägigen Rechtsvorschriften (vgl. § 33 SGB V und § 47 SGB IX) besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Sehhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln. Der Anspruch besteht, wenn diese im Einzelfall erforderlich sind,

- um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
- oder eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen,

und soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind.

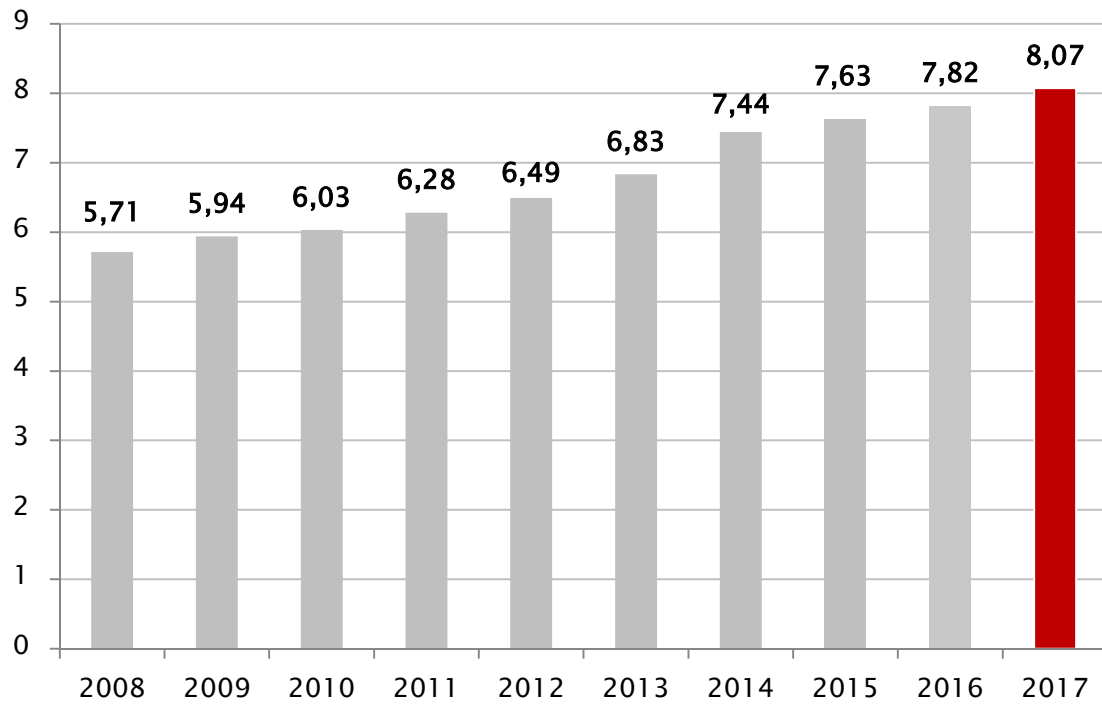
Hilfsmittel sind:

- Hörhilfen, z. B. Hörgeräte, Tinnitusgeräte
- Körperersatzstücke, z. B. Arm- oder Beinprothesen
- Orthopädische Hilfsmittel, z. B. Orthesen, Schuheinlagen, Rückenbandagen, orthopädische Schuhe
- andere Hilfsmittel, z. B. Rollstühle, Hilfen für den hygienischen Bereich (Toilettenhilfen, Inkontinenzhilfen, Stomaartikel), Hilfen zum Lesen (Kommunikationshilfen), zum Sprechen (Sprechhilfen für Kehlkopflose) oder zur Verständigung (Symboltafeln), Orientierungshilfen für Blinde (Blindenführhund, Blindenlangstock)



Ausgaben für Hilfsmittel insgesamt (in Mrd. €)

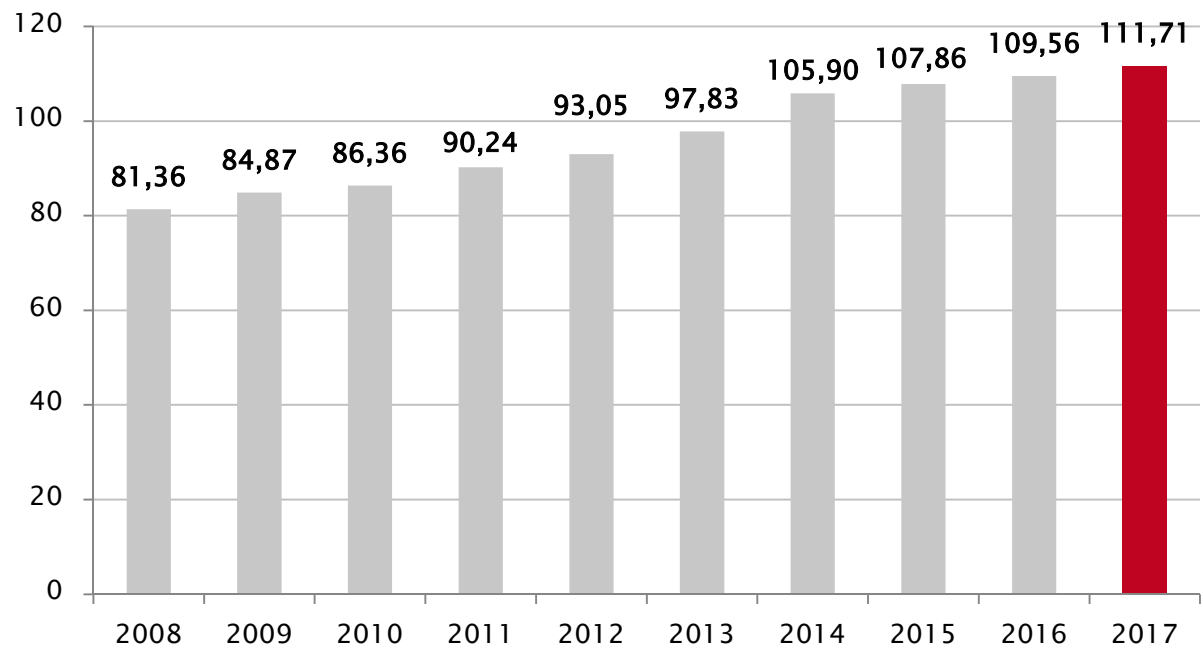
Im Jahr 2017 betragen die Ausgaben für Hilfsmittel insgesamt 3,70 Prozent der Gesamtausgaben der GKV, seit 2008 beträgt damit die Steigerung 41,3 Prozent.



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Ausgaben Hilfsmittel je Versicherten (in €)

Im Jahr 2017 betragen die Ausgaben für Hilfsmittel je Versicherten 111,71 Euro, seit 2008 beträgt damit die Steigerung 37,3 Prozent.



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Hilfsmittel-Richtlinie (§ 92 SGB V)

Die Hilfsmittel-Richtlinie wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassen und aktualisiert. Sie regelt allgemeine Verordnungsgrundsätze für Ärzte und Informationspflichten für Ärzte und Krankenkassen, richtet sich aber auch an die Hilfsmittel-Leistungserbringer.

Die aktuelle Hilfsmittel-Richtlinie ist im Internet zu finden unter www.gkv-spitzenverband.de

Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V)

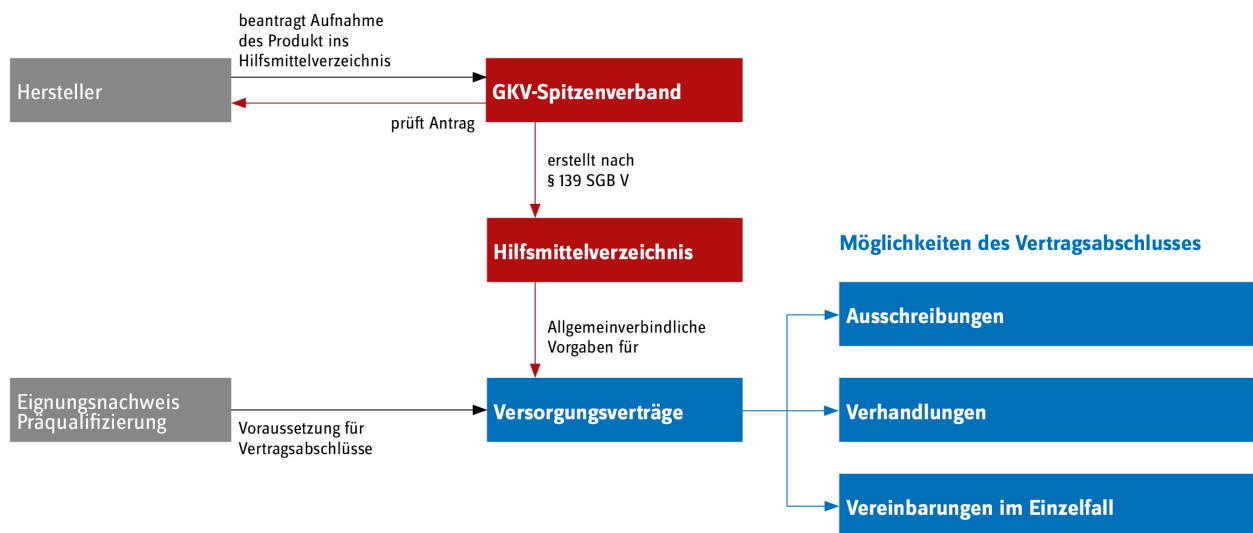
Das Hilfsmittelverzeichnis ist eine Produktliste mit Produktbeschreibungen und Qualitätsstandards. Hier werden jene Produkte aufgeführt und in bestimmte Gruppen eingeteilt, für die grundsätzlich eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Derzeit sind dies mehr als 32.500 Hilfsmittel. Die Krankenkasse muss immer im Einzelfall prüfen, ob ein Versorgungsanspruch besteht.

Für die Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis müssen die Hersteller die Funktionsstauglichkeit, Qualität und ggf. den medizinischen bzw. pflegerischen Nutzen des Hilfsmittels

nachweisen. Der GKV-Spitzenverband führt die Antragsverfahren durch. Nur Produkte, die vorgeschriebene Qualitätsanforderungen erfüllen, werden in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen.

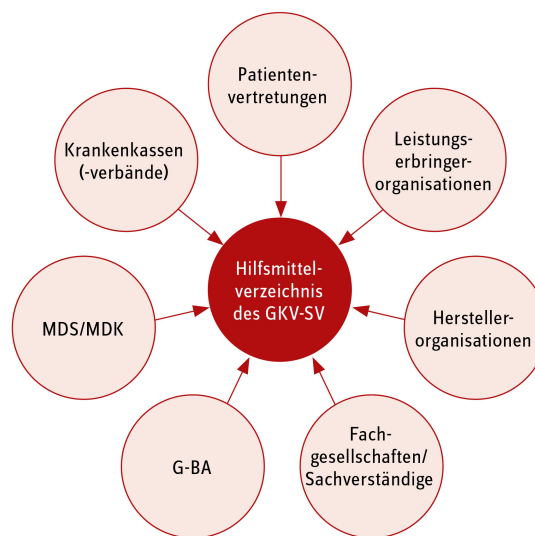
Das aktuelle **Hilfsmittelverzeichnis** ist im Internet zu finden unter www.gkv-spitzenverband.de

Weg eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes



Das Hilfsmittelverzeichnis wird fortlaufend durch den GKV-Spitzenverband überprüft und weiterentwickelt. Im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens oder Mitberatungsrechts werden Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller sowie Interessenvertretungen der Patienten und Patientinnen einbezogen.

Einflussfaktoren



Quelle und Darstellung GKV-Spitzenverband

Festbeträge für Hilfsmittel (§ 36 SGB V)

Der GKV-Spitzenverband bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden (§ 36 SGB V). Festbeträge begrenzen die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und damit den Versorgungsanspruch der Versicherten.

Festbeträge gelten für folgende Produktgruppen:

- Einlagen
- Hörhilfen
- Ableitende Inkontinenzhilfen
- Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
- Sehhilfen

Gemäß § 36 Abs. 1 SGB V sind funktional gleichartige und gleichwertige und damit grundsätzlich miteinander austauschbare Hilfsmittel in Gruppen zusammenzufassen, für die ein gemeinsamer

Festbetrag festgesetzt wird. Für die gebildeten Festbetragsgruppen werden in einem zweiten Schritt Festbeträge festgesetzt.

Sowohl bei der Bildung von Festbetragsgruppen als auch der Festsetzung von Festbeträgen bestehen für die Verbände der Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller (§ 36 SGB V) und für bestimmte Interessenvertretungen der Patienten und Patientinnen Anhörungsrechte. Die Hersteller und Leistungserbringer sind zudem verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband auf Verlangen die zur Festbetragsfestsetzung erforderlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere auch zu den Abgabepreisen der Hilfsmittel, zu erteilen.

Präqualifizierungsverfahren (§ 126 SGB V)

Im Rahmen eines Präqualifizierungsverfahrens weisen Leistungserbringer nach, dass sie grundsätzlich geeignet sind, die Hilfsmittelversorgung von gesetzlich Versicherten zu übernehmen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Präqualifizierungsbestätigung anzuerkennen. Der GKV-Spitzenverband definiert im Rahmen einer Empfehlung die Kriterien, mit denen die Leistungserbringer ihre Eignung nachweisen müssen, um Vertragspartner der Krankenkassen (für Verträge nach § 127 SGB V) werden zu können. Diese Empfehlungen sind von allen Präqualifizierungsstellen anzuwenden. Die vorgegebenen Präqualifizierungsverfahren führen zu einer einheitlichen Rechtsanwendung, zu einer deutlichen Verwaltungsvereinfachung und zu mehr Transparenz.

Verträge (§ 127 SGB V)

Krankenkassen regeln die Einzelheiten der Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten in Verträgen mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden. Verträge können unter bestimmten Voraussetzungen ausgeschrieben werden. Der größte Teil der Verträge kommt jedoch auf dem Verhandlungswege zustande.

Bestandteil der Verträge kann z. B. die Bedingung sein, dass Leistungserbringer Versicherten eine bestimmte Anzahl von Hilfsmitteln aufzahlungsfrei anbieten müssen. Die Krankenkassen müssen die Versicherten auf Verlangen über die Vertragsinhalte informieren. Insofern empfiehlt es sich, dass sich die Versicherten bei ihrer Krankenkasse über aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeiten informieren. Viele Krankenkassen veröffentlichen ihre Verträge auch im Internet.