

**Gesetz zur Modernisierung der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**

**Zusammenfassende Umsetzungshinweise
für den Hilfsmittelbereich**

herausgegeben vom:

 **IKK** Bundesverband
Friedrich-Ebert-Straße
(TechnologiePark)
51429 Bergisch Gladbach

Stand: April 2004

INHALT

1. Anwendung der gesetzlichen Neuregelungen.....	4
2. § 33 Abs. 1, 3 und 4 SGB V – Anspruchsgrundlage.....	5
2.1 Leistungsanspruch auf Sehhilfen	6
2.2 Definition einer schweren Sehbeeinträchtigung	7
2.2.1 Kodierungsschlüssel gemäß ICD-10 (Auszug).....	7
3. § 33 Abs. 2 SGB V – Begrenzung des Leistungsanspruchs	9
3.1 Definitionen.....	9
3.1.1 Zumutbare Weise/Wohnortnähe.....	9
4. § 33 Abs. 2 SGB V i.V.m. §§ 61 und 62 SGB V – Zuzahlung für Hilfsmittel....	11
4.1 Definition.....	11
4.2 Umsetzung.....	12
4.2.1 Belastungsgrenzen	12
4.2.2 Einziehung der Zuzahlung.....	12
4.2.3 Berechnungsgrundlage.....	12
4.2.4 Nachträgliche Lieferung von Zubehör- und Zurüstteilen.....	13
4.2.5 Vergütungsformen.....	13
4.2.6 Paarweise oder beidseitige Versorgung	14
4.2.7 Folgekosten	14
4.2.8 Produkte bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung	15
4.2.9 Berechnung der Zuzahlung bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln.....	15
4.2.10 Berechnung der Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln	15
4.2.11 Leistungserbringerwechsel.....	16
4.2.12 Übersicht der Zuzahlungsregelungen	17
4.2.13 Beispiele für Zuzahlungsregelungen	19
5. § 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel	26
5.1 Umsetzung.....	26
6. § 127 Abs. 1 und 2 SGB V – Verträge	27
6.1 Umsetzung.....	27
7. § 127 Abs. 3 SGB V – Informationspflicht.....	29
7.1 Information	29

Vorwort

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) ist am 19. November 2003 im Bundesgesetzblatt bekannt gemacht worden. Die wesentlichen gesetzlichen Neuregelungen sind am 1. Januar 2004 in Kraft getreten.

Um eine einheitliche Rechtsanwendung und reibungslose Umsetzung der gesetzlichen Rahmenvorgaben im Betriebs- und Krankenkassenalltag zu ermöglichen, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen am 25. November 2003 in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine gemeinsame Verlautbarung herausgegeben, die Ausführungen zur Ausgestaltung des GMG, insbesondere zur Patientenzahlung, zum Leistungsanspruch, zu den Festbeträgen und zum vertragsrechtlichen Kontext im Hilfsmittelbereich enthält.

Angesichts der Vielschichtigkeit und Komplexität der Hilfsmittelversorgungen konnten nicht alle Fragen durch die Verlautbarung geregelt werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben daher mit Datum vom 30. März 2004 eine Ergänzung zu der vorgenannten Gemeinsamen Verlautbarung herausgegeben und die Zuzahlungsregelungen aktualisiert. Um eine einheitliche Rechtsanwendung zu erreichen, wurden vor allem Beispiele zu verschiedenen Fallgestaltungen der Hilfsmittelversorgung gebildet.

Da die Spitzenverbände der Krankenkassen unabhängig von der Ergänzung zur Verlautbarung Besprechungsergebnisse gefasst haben, die das GMG betreffen, und die Hilfsmittel-Richtlinien im Sehhilfenbereich geändert wurden, hat der IKK-Bundesverband nachfolgend sämtliche neuen Tatbestände in die Verlautbarung vom 25. November 2003 integriert und weiterführende Erläuterungen ergänzt. Die Ausführungen dienen der Übersicht und Information.

1. Anwendung der gesetzlichen Neuregelungen

Für die Anwendung der geänderten gesetzlichen Regelungen ist der Tag der Leistungserbringung maßgeblich, d.h. der Tag, an dem ein Hilfsmittel - ggf. nach erfolgter Anpassung - an den Versicherten abgegeben wird. Dabei kommt es nicht auf den Verordnungszeitpunkt an. Sofern mehrere Anpassungen erforderlich sind, ist der Tag, an dem der letzte Anpassvorgang abgeschlossen und das Hilfsmittel dem Versicherten definitiv zur Verfügung gestellt wird, als Tag der Leistungserbringung anzusehen.

Auch die geänderten Zuzahlungsregelungen sind generell auf alle nach dem 31. Dezember 2003 abgegebenen Hilfsmittel anzuwenden. Die bisher geltende Zuzahlungsregelung für bestimmte Bandagen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und Einlagen wird durch die neue (geringere) Zuzahlungsregelung für Hilfsmittelabgaben ab 1. Januar 2004 abgelöst.

Bei Hörgeräten ist der Tag der endgültigen Leistungsabgabe maßgebend, selbst wenn der Arzt die ordnungsgemäße Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt bestätigt. Bei Verordnungen für einen längeren Zeitraum (z. B. Dauerverordnungen für 3 Monate) ist ebenfalls für (Teil-)Leistungsabgaben ab dem 1. Januar 2004 eine Zuzahlung zu erheben.

Bei Hilfsmittelversorgungen, die von der Krankenkasse im Jahre 2003 genehmigt werden, war im Genehmigungsentscheid auf die ab 1. Januar 2004 geänderten Zuzahlungsbedingungen hinzuweisen, sofern das Hilfsmittel nicht bis zum 31. Dezember 2003 abgegeben wird. Unterblieb dieser Hinweis, entfällt die Zuzahlungspflicht.

2. § 33 Abs. 1, 3 und 4 SGB V – Anspruchsgrundlage

Gesetzestext

§ 33 Abs. 1 SGB V n.F.

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach den Sätzen 1 und 2. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.

§ 33 Abs. 3 SGB V n.F.

Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 1 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

§ 33 Abs. 4 SGB V n.F.

Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 1 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.

2.1 Leistungsanspruch auf Sehhilfen

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht ein Leistungsanspruch auf

1. Sehhilfen - einschließlich Kontaktlinsen -, wenn aufgrund einer Sehschwäche oder Blindheit entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 (=Sehleistung bei bestmöglicher Korrektur $\leq 0,3$ auf beiden Augen) vorliegt sowie
2. therapeutische Sehhilfen, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.

Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bleibt der Leistungsanspruch unverändert. Da für die Leistungsgewährung der Tag der Abgabe maßgeblich ist, muss der Versicherte seine Sehhilfe bis zur Vollendung seines 18. Lebensjahres erhalten haben. Die Leistungspflicht für die Krankenkasse entfällt, wenn der Versicherte am Tag der Abgabe des Hilfsmittels schon 18 Jahre alt ist, sofern keine schwere Sehbeeinträchtigung gemäß § 33 Abs. 1 SGB V (vgl. Ziffer 1) oder keine Indikation für eine therapeutische Sehhilfe vorliegt (vgl. Ziffer 2).

Kosten für das Brillengestell sind weiterhin nicht durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernahmefähig (vgl. § 33 Absatz 1 Satz 7 SGB V).

Ein erneuter Versorgungsanspruch besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend notwendige Fälle sind in den Richtlinien nach § 92 SGB V Ausnahmen zuzulassen (vgl. § 33 Absatz 4 SGB V).

Anspruch auf Kontaktlinsen besteht für Anspruchsberechtigte nach § 33 Absatz 1 SGB V (Erwachsene mit schwerer Sehbeeinträchtigung und Minderjährige) weiterhin lediglich in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. In den Richtlinien nach § 92 SGB V ist zu bestimmen, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnungsfähig sind.

Der Abschnitt E der Hilfsmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V ist mit Wirkung ab 1. Januar 2004 an die neuen gesetzlichen Vorschriften angepasst worden. Insbesondere ist darin festgelegt, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden dürfen.

Therapeutische Sehhilfen dienen der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen. Diese fallen auch für Versicherte in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Sind die Anspruchsvoraussetzungen für die Versorgung mit therapeutischen Sehhilfen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne der Hilfsmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V erfüllt, fällt nicht nur der therapeutische Anteil der Sehhilfe, sondern die gesamte Sehhilfe - mit Ausnahme des Brillengestells - in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. bei Prismen nicht nur der prismatische Wirkungsanteil, sondern auch das Grundglas).

Besteht ein Leistungsanspruch, gelten die Ausführungen der Produktgruppe 25 "Sehhilfen" des Hilfsmittelverzeichnisses und die Festbeträge weiter.

Sofern ein Anspruch auf die Grundleistung - d.h. auf die Sehhilfe als solche - nach der gesetzlichen Regelung nicht gegeben ist, besteht für den Augenoptiker kein Vergütungsanspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung für die damit verbundenen Dienstleistungen (wie z. B. Brillenglasbestimmung/Refraktion, Einschleifen der Gläser, Anpassung).

2.2 Definition einer schweren Sehbeeinträchtigung

Eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 der von der WHO empfohlenen Klassifikation ist Voraussetzung für den Leistungsanspruch auf Sehhilfen bei Erwachsenen. Nach dem Kodierungsschlüssel gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), betrifft dies Versicherte, die unter

- Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.0)
- Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H54.1) oder
- Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.2)

leiden.

2.2.1 Kodierungsschlüssel gemäß ICD-10 (Auszug)

H54.0	Blindheit beider Augen Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen
H54.1	Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines Auges, Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des anderen Auges
H54.2	Sehschwäche beider Augen Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Um eine Zuordnung zu den H54-Diagnoseschlüsseln erstellen zu können, müssen die WHO-Stufen für jedes Auge separat erhoben werden, um daraus den Diagnoseschlüssel abzuleiten:

1. Rechts: WHO = 1
Links: WHO = 1
ICD = H54.2
2. Rechts: WHO = 1
Links: WHO = 3
ICD = H54.1
3. Rechts: WHO = 4
Links: WHO = 3
ICD = H54.0

Bezeichnung gemäß ICD 10	Stufen gemäß WHO	Sehfähigkeit mit bestmöglicher Korrektur
Sehschwäche	1	Sehschärfe (Visus) von 0,3 bis 0,1
	2	Sehschärfe (Visus) von 0,1 bis 0,05
Blindheit	3	Sehschärfe (Visus) von 0,05 bis 0,02
	4	Sehschärfe (Visus) von 0,02 bis Lichtwahrnehmung
	5	keine Lichtwahrnehmung

Eine schwere Sehbeeinträchtigung, die zu einer Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen führen kann, liegt nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge maximal 0,3 beträgt. Besteht bei bestmöglicher Korrektur auf einem Auge eine Sehleistung von $\leq 0,3$ (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen Auge bei bestmöglicher Korrektur eine Sehleistung von $> 0,3$ (größer als 30 %), besteht kein Leistungsanspruch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsanspruch nicht aus.

Die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht auch dann, wenn auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe I bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brille oder im Einzelfall möglichen Kontaktlinsenversorgung vorliegt und mit vergrößernden Sehhilfen ein besserer Wert erreicht wird. Das heißt, der Leistungsanspruch umfasst in diesen Fällen die Ausstattung mit Gläsern/Kontaktlinsen und vergrößernden Sehhilfen.

3. § 33 Abs. 2 SGB V – Begrenzung des Leistungsanspruchs

Gesetzestext

§ 33 Abs. 2 SGB V n.F.

Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise gemäß § 127 Abs. 1 Satz 1. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 2 Satz 1 geschlossen und können die Versicherten hierdurch in für sie zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, trägt sie die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten. Die Differenz zwischen dem Preis nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 und dem Abgabepreis des in Anspruch genommenen Leistungserbringers zahlen Versicherte an den Leistungserbringer.....

3.1 Definitionen

3.1.1 Zumutbare Weise/Wohnortnähe

Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V geschlossen und können die Versicherten hierdurch in für sie zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, trägt sie die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 SGB V, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten.

Die Zumutbarkeit hängt insbesondere von der Art des Hilfsmittels ab. Bei Produkten, die keinen Anpassungs- und Beratungsbedarf erfordern, bedarf es keiner Wohnortnähe des Leistungserbringers zum Versicherten, sofern eine zeitnahe Anlieferung bzw. Zusendung des Hilfsmittels gewährleistet ist. Dazu gehören insbesondere Verbrauchsmaterialien, die nachgeliefert werden. Bei diesen Produkten ist immer von einer zumutbaren Versorgung auszugehen.

Bei Produkten mit individuellem Anpassungs- und Beratungsbedarf ist eine Zumutbarkeit nur bei Wohnortnähe anzunehmen. Besteht nur ein einmaliger Anpassungs-/Beratungsbedarf und handelt es sich um eine nicht mehr anpassungs-/beratungsbedürftige Nachlieferung, kann die Wohnortnähe u. U. nicht mehr erforderlich sein.

Eine Wohnortnähe wird unterstellt, wenn der Versicherte z. B. mit einem Pkw oder öffentlichen Verkehrsmittel innerhalb einer angemessenen Zeit den Leistungserbringer erreichen kann oder der Leistungserbringer vertraglich die Versorgung der Region vereinbart hat und den Versicherten nach Terminvereinbarung zu Hause aufsucht. Sofern die Wohnortnähe zu einem günstigen Leistungserbringer gegeben ist und der Versicherte trotzdem einen anderen wählt, übernimmt die Krankenkasse nur den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 SGB V. Die Differenz zwischen Durchschnittspreis und Abgabepreis zahlt der Versicherte direkt an den Leistungserbringer.

Wenn die Zumutbarkeit nicht gegeben ist, übernimmt die Krankenkasse den jeweils vertraglich vereinbarten Preis/Festbetrag.

Sofern die Krankenkasse einen Durchschnittspreis ermittelt und darüber informiert hat, hat der Leistungserbringer den ggf. bestehenden Differenzbetrag zu seinem Abgabepreis einzubehalten. Die Frage der Zumutbarkeit der Versorgung durch andere Leistungserbringer ist nicht durch den abgebenden Leistungserbringer zu überprüfen. Der Versicherte hat einen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, sofern die Zumutbarkeit nicht gegeben ist.

Unabhängig von den Neuregelungen zur Höhe der Kostenübernahme und den Informationspflichten hat der Versicherte grundsätzlich nur einen Anspruch auf Versorgung durch Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 23. Januar 2003, Az: B 3 KR 7/02 R). Das Recht eines Versicherten, zwischen zugelassenen Hilfsmittelerbringern frei zu wählen (§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 33 Satz 2 SGB I), gilt nur dann, wenn über die Einzelheiten der Versorgung, also insbesondere über die Abgabepreise, eine vertragliche Vereinbarung mit dem Hilfsmittelerbringer besteht (§ 127 SGB V). Fehlt ein Vertrag nach § 127 SGB V über die Einzelheiten der Leistungserbringung, kann die Krankenkasse das Wahlrecht des Versicherten grundsätzlich auf die vertragsgebundenen Leistungserbringer beschränken. Verweist die Krankenkasse den Versicherten auf die vertragsgebundenen Hilfsmittelerbringer, ist der Versicherte nur dann nicht auf diese beschränkt, wenn er das Hilfsmittel bei einem nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer zu besseren Bedingungen beziehen kann. Dies ist zum Beispiel dann anzunehmen, wenn er bei einem zugelassenen, nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer ein Hilfsmittel zum Festbetrag (§ 36 SGB V) erhält, während bei allen vertragsgebundenen Leistungserbringern Eigenanteile aus der Differenz zwischen Festbetrag zum Abgabepreis entstehen würden.

4. § 33 Abs. 2 SGB V i.V.m. §§ 61 und 62 SGB V – Zuzahlung für Hilfsmittel

Gesetzestext

§ 33 Abs. 2 SGB V n.F.

.....Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um die Zuzahlung; die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt zehn vom Hundert je Packung, höchstens jedoch zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation.

§ 61 SGB V n.F.

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.....Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 62 SGB V n.F.

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind.....

4.1 Definition

Eine Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zu erheben, wenn der Versicherte am Tag der Leistungserbringung das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Bei der Zuzahlungsregelung wird unterschieden zwischen

- zum Verbrauch bestimmten und
- nicht zum Verbrauch bestimmten

Hilfsmitteln.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Die Dauer der Benutzung ist dabei unerheblich. Produkte, die nur dazu dienen, Verbrauchshilfsmittel anzuwenden, unterliegen der gleichen Zuzahlungsregelung wie Verbrauchsartikel (z. B. Netzhosen bei Inkontinenzvorlagen). In der beigefügten Tabelle (**Anlage**) werden die Hilfsmittel des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V benannt, die der Zuzahlungsregelung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel unterliegen. Im Zuge von Fortschreibungen der Produktgruppen werden entsprechende Hinweise ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen.

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können mehrmals von einem oder - im Wiedereinsatz - von verschiedenen Versicherten verwendet werden. Es sind auch dann nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, wenn sie nach mehrmaligem Gebrauch verschleifen oder abnutzen.

4.2 Umsetzung

4.2.1 Belastungsgrenzen

Zur Vermeidung von Härten kann die Krankenkasse die Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 SGB V von der Zuzahlung befreien. Vor dem 1. Januar 2004 ausgestellte Befreiungen haben grundsätzlich keine Gültigkeit mehr.

Die Regelung des § 62 SGB V zur Freistellung von weiteren Zuzahlungen bezieht sich lediglich auf Zuzahlungen im Sinne des § 33 SGB V. Sie ist nicht anwendbar, wenn vom Versicherten z. B. ein Gebrauchsgegenstandsanteil oder der Differenzbetrag zwischen Abgabepreis und Durchschnittspreis nach § 127 SGB V/Festbetrag nach § 36 SGB V zu zahlen ist.

4.2.2 Einziehung der Zuzahlung

Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich kraft Gesetz um die Zuzahlung. Verantwortlich für die Einziehung der Zuzahlung vom Versicherten ist der Leistungserbringer. § 43b SGB V, wonach die Verpflichtung zur Einziehung der Zuzahlung auf die Krankenkasse übergeht, wenn der Versicherte trotz schriftlicher Aufforderung nicht zahlt, findet keine Anwendung. Dieser Ausnahmetatbestand galt bereits bei Einführung einer Zuzahlung für bestimmte Hilfsmittel durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz und ergibt sich aus der dortigen Gesetzesbegründung. Die Tatsache, dass die Zuzahlung nun für alle Hilfsmittel gilt, kann bei ansonsten unverändertem gesetzlichen Wortlaut nicht zu einer Anwendbarkeit des § 43 b SGB V bei der Hilfsmittelzuzahlung führen.

Geleistete Zuzahlungen sind von dem Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Der Leistungserbringer hat in diesem Zusammenhang anzugeben, welches Hilfsmittel und in welcher Anzahl abgegeben wurde. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist ferner der Versorgungszeitraum – ggf. unter Berücksichtigung der ärztlichen Versorgung - anzugeben.

Gemäß dem Gesetzeswortlaut hat der Versicherte die Zuzahlung an die abgebende Stelle zu entrichten. Die abgebende Stelle in diesem Sinne ist der Vertragspartner der Krankenkasse, der zur Abrechnung des Hilfsmittels berechtigt ist. Dazu gehören z. B. Pflegeheime als abgebende Stelle, auch wenn sie nicht als Leistungserbringer nach § 126 SGB V zugelassen sind.

4.2.3 Berechnungsgrundlage

Grundsätzlich ist eine Zuzahlung des Versicherten zu allen Zahlungen seiner Krankenkasse im Rahmen seiner Hilfsmittelversorgung fällig. Grundlage für die Berechnung der Zu-

zahlung ist der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag, z. B. der Festbetrag gemäß § 36 SGB V oder der Durchschnittspreis gemäß § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 SGB V. Ein Gebrauchsgegenstandsanteil oder/und der Differenzbetrag zwischen Abgabepreis und Durchschnittspreis nach § 127 SGB V/Festbetrag nach § 36 SGB V ist somit vor der Berechnung der Zuzahlung von dem Abgabepreis des Hilfsmittels abzuziehen.

Der Hilfsmittelversorgungsanspruch umfasst gemäß § 33 Abs. 1 SGB V auch die notwendige Anpassung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Dementsprechend zählen zum Versorgungsumfang Zubehör-, Zurüst- oder Zusatzteile sowie die Auslieferung, Anpassung oder Erprobung des Hilfsmittels, um dieses in gebrauchsfertigem Zustand zur Verfügung zu stellen. Die Zuzahlung berechnet sich aus den Kosten für die gesamte Versorgung für das jeweilige Hilfsmittel.

Dies gilt auch für Verbrauchsmaterialien, die im – ggf. vertraglich vereinbarten – Lieferumfang eines nicht zum Verbrauch bestimmten Basisproduktes enthalten sind und in einer Versorgung ausgeliefert werden. In diesem Fall wird für das Verbrauchsmaterial keine gesonderte Zuzahlung berechnet. Die Kosten werden der Grundleistung zugeschlagen und die Zuzahlung gemäß den Regelungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel berechnet.

Die nach Verträgen gemäß § 127 SGB V gesondert abrechnungsfähigen Preise für Hausbesuche und Wegegeld werden ebenfalls dem Preis für das Hilfsmittel zugeschlagen, da sie dazu dienen, das Hilfsmittel gebrauchsfertig zur Verfügung zu stellen. Die Zuzahlung wird aus dem Gesamtbetrag ermittelt.

4.2.4 Nachträgliche Lieferung von Zubehör- und Zurüstteilen

Nachträgliche Zurüstungen oder Lieferungen von Zubehör- oder Zusatzteilen, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, werden wie eigenständige Hilfsmittel behandelt und unterliegen auch einer Zuzahlungspflicht nach § 33 Abs. 2 SGB V. Sofern zeitgleich mehrere nicht zum Verbrauch bestimmte Zubehör- oder Zurüstteile zu einem Basisprodukt nachgeliefert werden, ist eine Zuzahlung aus dem Gesamtbetrag zu ermitteln. Bei einer Nachlieferung von Verbrauchsmaterialien gelten die Regelungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel.

4.2.5 Vergütungsformen

Die Berechnungsgrundlage für die Zuzahlung ist der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag. Bei diesem Betrag kann es sich je nach Vertragsgestaltung um einen Kaufpreis, eine Wiedereinsatzvergütung oder auch um Mieten bzw. Versorgungspauschalen handeln. Auf jede fällig werdende Miet- oder Pauschalzahlung ist eine Zuzahlung von 10 % zu berechnen, mindestens 5 Euro, aber nicht mehr als die Höhe des fälligen Miet- bzw. Pauschalbetrages. Da sich die Zuzahlung auf das eingesetzte Hilfsmittel bezieht, können je Hilfsmittel für den gesamten Versorgungszeitraum maximal 10 Euro erhoben werden, auch wenn mehrere (Folge-)Verordnungen zugrunde liegen.

Sofern der vertraglich festgelegte Versorgungszeitraum die übliche Lebensdauer eines Produktes widerspiegelt, entsteht bei Fälligwerden einer weiteren Pauschale eine neue Zuzahlung.

Eine höhere Zuzahlung als 10 Euro für eine Versorgung kann anfallen, wenn die Miete bzw. Pauschale nicht nur die Kosten für das Produkt, sondern auch die Kosten für benötigte zum Verbrauch bestimmte Produkte enthält (z. B. Fallpauschale für ein Elektrostimulationsgerät schließt die Kosten für die Elektroden ein). Bei einer solchen Konstellation hat die jeweilige Krankenkasse auf Basis der vertraglichen Regelung eine Entscheidung über die Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel zu treffen.

4.2.6 Paarweise oder beidseitige Versorgung

Hilfsmittel, die im Regelfall zum funktionsgerechten Einsatz als Paar abgegeben werden, sind als Versorgungseinheit anzusehen und nur mit einer Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 2 SGB V zu belegen. Hierzu zählen insbesondere

- Orthopädische Schuhe
- Schuhzurichtungen an konfektionierten Schuhen
- Einlagen
- Gehstützen
- Brillengläser
- Kontaktlinsen
- Kompressionsstrümpfe.

Bei diesen Produkten ist die Zuzahlung aus dem Gesamtbetrag für ein Paar zu ermitteln. Sofern in Ausnahmefällen lediglich ein Produkt erforderlich ist (z. B. Einlage zum Verkürzungsausgleich) gilt dies als ein verordnetes Hilfsmittel und es entsteht eine Zuzahlung auf das einzelne Produkt. Bei Mehrfachausstattungen entsteht je Hilfsmittel eine Zuzahlung (z. B. bei Lieferung von zwei Kompressionsstrümpfen für das linke Bein entstehen zwei Zuzahlungen).

Bei nachfolgenden Produkten werden für die Versorgung auf jeder Körperseite unterschiedliche Indikationen unterstellt, da diese Hilfsmittel in der Regel nicht paarweise – und häufig zeitversetzt - abgegeben werden bzw. die Versorgung mit einem Produkt nicht von einem Gegenstück abhängig ist. Dies sind vor allem

- Bandagen
- Verbandschuhe
- Hörgeräte.

Auch wenn die Versorgung in Einzelfällen auf beiden Seiten zeitgleich erfolgt, entstehen zwei Zuzahlungen gemäß § 33 Abs. 2 SGB V.

4.2.7 Folgekosten

Für bestimmte Leistungen, die nur mittelbar oder gar nicht mit der Hilfsmittelabgabe im Zusammenhang zu sehen sind, wird keine Zuzahlung erhoben. Dazu zählen insbesondere

Kosten für die Rückholung und Aussonderung von Hilfsmitteln oder für Reparatur- und Wartungsleistungen. Sofern vorhandene Akkus ausgetauscht werden, handelt es sich um eine Reparatur, die ebenfalls zuzahlungsfrei ist. Batterien sind zum Verbrauch bestimmte Produkte, die mit der entsprechenden gesetzlichen Zuzahlung belegt werden. Für pauschalen Aufwendungsersatz (Futterkosten) oder Tierarztkosten für den Blindenführhund entsteht keine Zuzahlung.

Ersatzteile zählen zur Reparatur oder Wartung und werden nicht mit einer Zuzahlung belegt, sofern lediglich bereits vorhandene Bestandteile des Hilfsmittels gegen gleichartige Komponenten ausgetauscht werden und diese nicht zum Verbrauch bestimmt sind. Sofern es sich um Zurüstungen bisher noch nicht vorhandener Hilfsmittelkomponenten handelt oder das Hilfsmittel ausgetauscht wird (Ersatzbeschaffung), entsteht eine gesetzliche Zuzahlung.

4.2.8 Produkte bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung

Bei Produkten, die aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden abgegeben werden oder die im Zusammenhang mit der Entbindung stehen (z. B. Kompressionsstrumpfhosen für die Schwangerschaft), entsteht in Anlehnung an § 196 RVO keine Zuzahlung.

4.2.9 Berechnung der Zuzahlung bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln

Für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V. Danach zahlen die Versicherten für jedes Hilfsmittel 10 % des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro (allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels) an die abgebende Stelle.

Berechnung:

10 % vom Abgabepreis (von dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag)

⇒ mindestens 5 Euro

⇒ maximal 10 Euro

⇒ ggf. begrenzt auf die Kosten des Mittels

4.2.10 Berechnung der Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln

Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 2 Satz 5, letzter Teilsatz, SGB V. Danach zahlen die Versicherten 10 % je Packung, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation. Die Zuzahlung wird auf einen maximalen Monatsbetrag von 10 Euro für alle zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel begrenzt. Dies gilt unabhängig davon, ob die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel aufgrund einer oder mehrerer Indikationen benötigt werden bzw. ob sie verschiedenen Produktgruppen zuzuordnen sind.

Berechnung:

10 % je Packung

⇒ kein Mindestbetrag

⇒ maximal 10 Euro für den Monatsbedarf

4.2.11 Leistungserbringerwechsel

Sofern Versicherte Hilfsmittel von verschiedenen Leistungserbringern erhalten, ist von jedem Leistungserbringer bei der Versorgung die Zuzahlung vollständig zu erheben. Die Rückerstattung ggf. zuviel gezahlter Beträge erfolgt durch die Krankenkasse. Sofern die Maximalwerte überschritten werden, ist durch die Krankenkasse eine Erstattung an den Versicherten vorzunehmen (z. B. zweimal 10 Euro in einem Monat für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel bei verschiedenen Leistungserbringern).

4.2.12 Übersicht der Zuzahlungsregelungen

Nr.	Art/Vergütung	Zuzahlung	Minimum	Maximum
1	Einzelvergütung für gebrauchsfertiges, wiederverwendbares Hilfsmittel - ggf. inkl. erforderlichen Zubehör-, Zurüst- bzw. Zusatzteilen oder auch Verbrauchsmaterialien und/oder inkl. Anpassung, Auslieferung, Erprobung - (gilt bei Neulieferung, Ersatzbeschaffung oder Folgeversorgung)	10 % vom Gesamtabgabepreis	5 Euro	10 Euro; Kosten des Mittels/ der Mittel
2	Fall-/Versorgungs- oder andere Pauschalen, Mieten	10 % vom jeweils fällig werdenden Pauschal- bzw. Mietbetrag	5 Euro	Insgesamt 10 Euro pro Hilfsmittel für den Gesamtversorgungszeitraum; nicht mehr als der Miet- oder Pauschalbetrag
3	Nachträgliche Zurüstung/ nachträgliche Lieferung von nicht zum Verbrauch bestimmten Zubehör- oder Zusatzteilen (Dies betrifft auch im Rahmen der Erstlieferung Zubehörteile oder Zusätze, die nicht dazu dienen, das Produkt gebrauchsfertig zur Verfügung zu stellen.) Nachträgliche Lieferung von zum Verbrauch bestimmten Artikeln siehe Ziffer 8	10 % vom Gesamtabgabepreis	5 Euro	10 Euro; Kosten der Zurüstung oder Lieferung von Zubehör etc.
4	Wiedereinsatz	10 % von den Wiedereinsatzkosten	5 Euro	10 Euro; Kosten des Wiedereinsatzes
5	Beidseitige/paarweise Versorgung (Hilfsmittel, die im Regelfall zum funktionsgerechten Einsatz als Paar abgegeben werden)	10 % vom Gesamtabgabepreis pro Paar	5 Euro pro Paar	10 Euro pro Paar; Kosten des Paares
6	Nebenkosten wie Hausbesuchs- oder Wegegebühren	Diese Nebenkosten werden der Grundleistung zugeschlagen. Die Zuzahlung wird von dem Gesamtbetrag berechnet. 10 % vom Gesamtabgabepreis inkl. Nebenkosten	5 Euro für die Gesamtleistung	10 Euro für die Gesamtleistung

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Nr.	Art/Vergütung	Zuzahlung	Minimum	Maximum
7	Kosten, die nicht in direktem Zusammenhang mit der Hilfsmittelabgabe stehen (z. B. Rückholung oder Aussonderung, Reparatur, Wartung oder Abbruch einer Versorgung) Zubehöerteile und Zusätze zählen zur Reparatur, wenn sie bereits vorhandene, gleichartige Bestandteile ersetzen.	Keine Zuzahlung		
8	Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Erstlieferung, Nachlieferung oder Folgeversorgung)	10 % vom Abgabepreis (je Packung)		10 Euro für den Monatsbedarf
9	Fall-/Versorgungs- oder andere Pauschalen bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln	10 % der Pauschale (Die Zuzahlung wird jeweils erhoben bzw. fällt an, wenn die Pauschale fällig wird.)		10 Euro für den Monatsbedarf
10	Hilfsmittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung	Keine Zuzahlung		
11	Gleichzeitige Auslieferung von Verbrauchsartikeln und mehrfach verwendbaren Produkten, die nur dazu dienen, die Verbrauchsmaterialien anzuwenden	10 % vom Gesamtabgabepreis		10 Euro für den Monatsbedarf

4.2.13 Beispiele für Zuzahlungsregelungen

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Anpassungen	Anpassung im Rahmen einer Neuversorgung	Zuzahlung vom Gesamtbetrag für das Hilfsmittel inkl. Anpassung	1
	Nachträgliche Anpassung z. B. einer Sitzschale oder eines Schafes aufgrund einer Veränderung der Körpermaße	Keine Zuzahlung	7
Akkus	Austausch von Akkus	Keine Zuzahlung	7
Augenprothese	Erstversorgung mit Interimsprothese	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
	Spätere Endversorgung mit Definitivprodukt	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Blindenlangstock inkl. Mobilitätstraining	Versorgung mit einem Blindenlangstock und Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels durch Mobilitätstraining	10 % von den Gesamtkosten für den Blindenlangstock inkl. der Kosten für das Mobilitätstraining, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1
Bandage	Versorgung mit einer Bandage	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
		[Erfolgt zeitgleich die Versorgung mit einer Bandage auf der anderen Körperseite, entsteht pro Bandage eine Zuzahlung]	
Batterien	Nachlieferung von Batterien	10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien, max. 10 Euro pro Kalendermonat	8
Beatmungsgerät und Zubehör	Gleichzeitige Auslieferung eines Inhaliergerätes mit Zubehör (Schläuche, Nasenbrille usw.)	10 % von den Gesamtkosten (Inhaliergerät und Zubehör), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1

* Regelungsnummer: siehe Übersicht der Zuzahlungsregelungen

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Blindenführhund	Versorgung mit einem Blindenführhund	10 % von den Gesamtkosten, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1
	Pauschaler Aufwendungsersatz (Futterkosten) oder Tierarztkosten für Blindenführhunde	Keine Zuzahlung	7
Brillengläser	Versorgung mit einer Brille	10 % von den Gesamtkosten beider Gläser, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Brustprothese	Gleichzeitige Versorgung mit einer Brustprothese und einem Prothesen-BH/Fixierung	10 % vom Gesamtabgabepreis (Prothese und Prothesen-BH/Fixierung), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgung	1
	Lieferung eines Brustprothesen-Badeanzuges (Zuschuss)	10 % vom Zuschuss, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Zuschusshöhe	1
Cochlear-Implantat	Es handelt sich nicht um ein Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V		
nCPAP-Gerät	Gleichzeitige Auslieferung eines nCPAP-Gerätes mit integrierter Anfeuchtung und Maske sowie Zubehörteilen (z. B. Stirnpolster, Ausatemventil, Haltebändern)	10 % vom Abgabepreis der Produkteinheit/des Gesamtproduktes (nCPAP-Gerät mit integrierter Anfeuchtung und Maske), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Gleichzeitige Auslieferung eines nCPAP-Gerätes und eines Warmluftanfeuchters für ein nCPAP-Gerät	10 % vom Abgabepreis der Produkteinheit (nCPAP-Gerät und Warmluftanfeuchter), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Nachträgliche Zurüstung/ Lieferung eines Warmluftanfeuchters	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Gerätes	3
	Spätere Lieferung/Austausch von Zubehör für ein nCPAP-Gerät im Rahmen einer Wartungspauschale	Keine Zuzahlung	7

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Definitivversorgung	Definitivversorgung mit einer Prothese	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Eigenanteil	z. B. bei orthopädischen Schuhen, Personenstandwaagen, Blitz- und Vibrationswecker, Reha-Karren/Buggys	Ein vom Versicherten zu tragender Eigenanteil (z. B. Gebrauchsgegenstandsanteil) ist vor der Berechnung der Zuzahlung von dem Abgabepreis des Hilfsmittels abzuziehen.	
Einlagen	Beidseitige Versorgung mit Einlagen	10 % von den Gesamtkosten beider Einlagen, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Ernährungspumpe	Versorgung mit einer Ernährungspumpe	10 % vom Abgabepreis der Ernährungspumpe, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
	Nachlieferung von Verbrauchsmaterialien zur enteralen Ernährung	10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien, max. 10 Euro pro Kalendermonat	8
	Die Zuzahlung für die enterale Ernährung unterliegt der Zuzahlungsregelung für Arzneimittel		
Ersatzfußbettung für orthopädische Schuhe	Ersatzfußbettung für defekte Bettung	Keine Zuzahlung	7
Fußhebeschiene	Versorgung mit einer Fußhebeschiene in Kombination einem orthopädischen Maßschuh	10 % vom Gesamtabgabepreis des orthopädischen Schuhs inkl. Fußhebeschiene, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Fußhebeschiene an konfektionierten Schuhen	10 % vom Abgabepreis der Fußhebeschiene, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Hörgerät	Zeitgleiche Versorgung mit einem Hörgerät und einer Otoplastik	10 % vom Gesamtabgabepreis für das Hörgerät und die Otoplastik, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Hörgerät		[Bei beidohriger Versorgung entsteht für die Versorgungseinheit jeder Seite (jedes Ohr) eine Zuzahlung]	
	Reparaturpauschale für Hörgeräte oder Reparaturkosten nach Aufwand	Keine Zuzahlung	7
	Abbruch einer Hörgeräteversorgung, auch Abbruchpauschale	Keine Zuzahlung	7
Inkontinenzhilfen	Lieferung von Windelhosen (Verbrauchsartikel)	10 % vom Abgabepreis, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8
	Lieferung (auch zeitversetzt) von Vorlagen (zum Verbrauch bestimmtes Hilfsmittel) und Netzhosen (mehrfach verwendbar)	10 % vom Abgabepreis der Vorlagen und Netzhosen gesamt, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	11
	Versorgungspauschale für ableitende oder aufsaugende Inkontinenzartikel	10 % der Pauschale, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	9
Interimsversorgung	Interimsversorgung mit einer Prothese	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	1
Kompressionsstrumpfsartikel	Versorgung mit einem Kompressionschenkelstrumpf mit Hafttrand	10 % vom Gesamtabgabepreis (Kompressionsstrumpf inkl. Hafttrand), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1 1
	Versorgung mit einem Kompressionschenkelstrumpf mit Hautkleber	10 % vom Gesamtabgabepreis (Kompressionsstrumpf inkl. Hautkleber), min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Nachlieferung des Hautklebers	10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien, max. 10 Euro pro Kalendermonat	8
	Kompressionstrumpfhose für die Schwangerschaft	Keine Zuzahlung	10

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Kompressionsstrumpfarmikel	Gleichzeitige Ausstattung mit zwei Kompressionswadenstrümpfen (aus hygienischen Gründen) für das rechte Bein	10 % vom Abgabepreis für jeden Strumpf, min. 5 Euro, max. 10 Euro je Strumpf, nicht mehr als die Kosten pro Strumpf	1
	Beidseitige Versorgung mit Kompressionswadenstrümpfen	10 % von den Gesamtkosten beider Strümpfe, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Kontaktlinsen	Beidseitige Versorgung mit Kontaktlinsen	10 % von den Gesamtkosten beider Kontaktlinsen, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Krankenfahrzeug (Rollstuhl)	Gleichzeitige Auslieferung eines Rollstuhls mit Rollstuhl-Aufsteckantrieb	10 % vom Gesamtabgabepreis des Rollstuhls mit Aufsteckantrieb, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
	Nachträgliche Zurüstung/ Lieferung eines Rollstuhl-Aufsteckantriebs	10 % vom Abgabepreis, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	3
Liner (Prothesenin-nenschaft)	Austausch eines Liners	Keine Zuzahlung	7
Lupenbrille	Versorgung mit einem System-träger mit Gläsern und Lupenauf-satz	10 % vom Gesamtabgabepreis des Systemträgers, der Gläser und des Lupenaufsatzes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1
Orthopädische Schuhe	Versorgung mit orthopädischen Schuhen (1 Paar) mit diabetes adaptierter Zurichtung	10 % vom Gesamtabgabepreis des Paares inkl. diabetes adaptierter Zurichtung, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Produkteinheit	1 und 5
Orthopädische Schuhzurichtungen	Durchführung verschiedener orthopädischer Schuhzurichtungen an konfektionierten Schuhen (1 Paar)	10 % vom Gesamtpreis aller Schuhzurichtungen pro Paar, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Gesamtversorgung	1 und 5

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Paarweise Versorgung	Gleichzeitige paarweise bzw. beidseitige Versorgung z. B. mit <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhen - Schuhzurichtungen an konfektionierten Schuhen - Einlagen - Gehstützen - Brillengläsern - Kontaktlinsen - Kompressionsstrümpfen 	10 % vom Gesamtabgabepreis pro Paar, min. 5 Euro, max. 10 Euro pro Paar bzw. Kosten des Paares	5
Reparatur	Durchführung einer Reparatur und Austausch von Ersatzteilen	Keine Zuzahlung	7
Sauerstoff	Füllungen von Sauerstoffflaschen	10 % vom Abgabepreis der Füllung, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8
Stoma	Versorgung mit Stomaartikeln und Kompressen	10 % vom Gesamtabgabepreis der Stomaartikel und Kompressen, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8
Stumpfstrumpf	Gleichzeitige Versorgung mit einer Beinprothese und einem Stumpfstrumpf	10 % vom Gesamtabgabepreis der Beinprothese und des Stumpfstrumpfes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Gesamtversorgung	1
	Nachlieferung eines Stumpfstrumpfes	10 % vom Abgabepreis des Stumpfstrumpfes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Produktes	3
Teststreifen	Lieferung von Harn- und Blutzuckerteststreifen	Zuzahlungsbefreiung nach § 31 Abs. 3 SGB V	
Unterarmgehstützen	Gleichzeitig beidseitige Versorgung mit Unterarmgehstützen	10 % von den Gesamtkosten beider Unterarmgehstützen, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten der Versorgungseinheit	5
Verbrauchsartikel verschiedener Produktgruppen	Gleichzeitige Versorgung mit Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie (Produktgruppe 03) sowie Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhen (Produktgruppe 19)	10 % vom Gesamtabgabepreis der Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie und der Bettschutzeinlagen sowie Einmalhandschuhe, maximal 10 Euro pro Kalendermonat	8

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

Stichwort	Leistungsart/Auslieferung	Zuzahlung	Regelungsnr.*
Verschiedene nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Gleichzeitige Auslieferung eines Beatmungsgerätes und eines Absauggerätes	10 % vom Abgabepreis des Beatmungsgerätes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Beatmungsgerätes	1
		10 % vom Abgabepreis des Absauggerätes, min. 5 Euro, max. 10 Euro bzw. Kosten des Absauggerätes (Es handelt sich um zwei eigenständige Hilfsmittel.)	1
Verbandmittel	Verbandmittel sind keine Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V	Ausnahmeregelung für Stomaversorgung	
Wartung	Durchführung einer Wartung und Austausch von Ersatzteilen	Keine Zuzahlung	7

5. § 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel

Gesetzestext

§ 36 Abs. 1 SGB V n.F.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst werden. Den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

§ 36 Abs. 2 SGB V n.F.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich erstmalig bis zum 31. Dezember 2004 für die nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmittel einheitliche Festbeträge fest. Bis dahin gelten die Festbeträge, die bisher von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen für den Bereich eines Landes festgesetzt worden sind, als Festbeträge im Sinne des § 33 Abs. 2 Satz 1.

§ 36 Abs. 3 SGB V n.F.

§ 35 Abs. 5 und 7 gilt entsprechend.

5.1 Umsetzung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen bis zum 31.12.2004 neue Festbeträge innerhalb der derzeit bestehenden Festbetragsgruppensysteme fest. Bis dahin gelten die Festbeträge, die auf Landesebene geschlossen wurden, innerhalb ihres bisherigen Geltungsbereichs weiter. Erfolgt keine Neufestsetzung der Festbeträge auf der Bundesebene, sind die Festbeträge auf Landesebene nach dem 31.12.2004 nicht mehr anwendbar.

Die Verbände der Krankenkassen können in Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V die Versorgung in Höhe der Festbeträge vereinbaren. In Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V können die Krankenkassen die Versorgung auch unterhalb der Festbeträge regeln. Können Versicherte hierdurch in zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, ergibt sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers in diesen Fällen nicht aus dem Festbetrag, sondern ist entsprechend § 33 Abs. 2 SGB V auf den Durchschnittspreis begrenzt.

6. § 127 Abs. 1 und 2 SGB V – Verträge

Gesetzestext

§ 127 Abs. 1 SGB V n.F.

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer, soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können. Zudem regeln die Vertragsparteien nach Satz 1 die Abrechnung der Festbeträge.

§ 127 Abs. 2 SGB V n.F.

Die Krankenkassen können Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen als in den Verträgen nach Absatz 1 bei gleicher Qualität schließen. Hierzu soll die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden. Leistungserbringer können sich, auch gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen, bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) abzugeben; die Krankenkassen können die Versicherten hierüber informieren.

6.1 Umsetzung

Krankenkassenverbände können nach § 127 Abs. 1 SGB V Verträge mit den Leistungserbringerverbänden auch über Preise schließen. Ein Vertragszwang besteht nicht. Sofern Festbeträge bestehen, kann die Versorgung zum Festbetrag vertraglich geregelt werden.

Die einzelnen Krankenkassen können nach § 127 Abs. 2 SGB V mit einzelnen Leistungserbringern Verträge schließen, wobei die Vertragspreise unterhalb der auf Verbandsebene nach § 127 Abs. 1 SGB V vereinbarten Preise liegen müssen. Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V sind auch zulässig, wenn kein Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V besteht. Ebenfalls kann in Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V die Versorgung unterhalb oder in Höhe der Festbeträge geregelt werden.

Die nach der bisherigen Rechtslage geschlossenen Verträge gelten nach dem 31. Dezember 2003 weiter. Dies gilt sowohl für die unter den Verbänden als auch zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossenen Verträge. Ggf. sind diese durch die Vertragspartner an das neue Recht anzupassen.

Sofern Preisvereinbarungen nach § 127 Abs. 2 SGB V bestehen, kann der sich daraus ergebende Durchschnittspreis gelten, auch wenn höhere Festbeträge oder Vertragspreise nach § 127 Abs. 1 SGB V bestehen.

Krankenkassen können mit einzelnen Leistungserbringern Verträge zur Versorgung ihrer Versicherten abschließen. Soweit die Krankenkasse von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, sollte sie abwägen, ob eine öffentliche Ausschreibung geboten ist. Auf eine Ausschreibung kann verzichtet werden, wenn diese z. B. aus produktspezifischen Gründen nicht geboten erscheint. Sofern eine Krankenkasse einen Versorgungsvertrag ausschreibt, ist die Leistung (Produktbeschaffenheit und Qualität der Versorgung) zu beschreiben. Auch wenn Verträge durch Ausschreibungen zustande kommen, ist eine Zulassung nach § 126 SGB V Voraussetzung für die Versorgung.

7. § 127 Abs. 3 SGB V – Informationspflicht

Gesetzestext

§ 127 Abs. 3 SGB V n.F.

Die Krankenkassen informieren die Versicherten und die zugelassenen Leistungserbringer von Hilfsmitteln über die Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels der Preise, die sie nach Absatz 2 vereinbart haben. Bei der Ermittlung dieser Durchschnittspreise werden die Preise des Drittels der Leistungserbringer nach Absatz 2 mit den niedrigsten Preisen zugrunde gelegt; die Durchschnittspreise sind je Hilfsmittel und sofern erforderlich unter Berücksichtigung der Packungsgröße zu bilden. Die Durchschnittspreise ergeben sich als Summe der Preise nach Satz 2 geteilt durch die Zahl der Leistungserbringer nach Satz 2. Werden mit weniger als drei Leistungserbringern Verträge nach Absatz 2 geschlossen, ergibt sich der Durchschnittspreis aus der Summe der Preise dieser Leistungserbringer geteilt durch deren Zahl. Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Nachfrage auch über Leistungserbringer, die Hilfsmittel zum Durchschnittspreis nach den Sätzen 2 bis 4 oder zu einem niedrigeren Preis abgeben. Soweit zugelassene Leistungserbringer Hilfsmittel oberhalb der Preise nach den Sätzen 2 bis 4 abgeben, haben sie die Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme darüber sowie über die von den Versicherten zu zahlende Differenz zwischen dem Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels und dem eigenen Abgabepreis zu informieren.

7.1 Information

Die Krankenkassen hat zu entscheiden, für welche Hilfsmittel Durchschnittspreise gebildet werden. Ggf. informieren die Krankenkassen die Versicherten und die zugelassenen Leistungserbringer über die Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels der auf Kassenebene nach § 127 Abs. 2 SGB V vereinbarten Preise (gemäß § 33 SGB V trägt die Krankenkasse die Kosten für Hilfsmittel nur noch in Höhe dieses Durchschnittspreises bzw. in Höhe der tatsächlichen Kosten, wenn diese niedriger sind). Bei der Durchschnittspreisberechnung sind auch die auf Basis der alten Rechtslage bestehenden Verträge einzubeziehen.

Die Krankenkassen können ihrer Informationspflicht gegenüber ihren Versicherten zum Beispiel durch Veröffentlichungen in den Mitgliederzeitschriften oder im Internet nachkommen. Dabei kann sich die Information auf die allgemeine Aussage beschränken, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen für Hilfsmittel begrenzt ist und die Einzelheiten dazu bei der jeweiligen Krankenkasse im konkreten Versorgungsfall nachgefragt werden können.

Hat die Krankenkasse eine Ausschreibung durchgeführt, beschränkt sich die Informationspflicht gegenüber dem Versicherten nach § 127 Abs. 3 Sätze 1 und 4 SGB V auf die Nennung der Ausschreibungsgewinner und den übernahmefähigen Preis. Dies gilt auch, wenn sich andere Leistungserbringer im Nachhinein bereit erklären, zu diesen Bedingungen zu liefern.

Neben der Zumutbarkeit der Versorgung ist die Information des Leistungserbringers über den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels Voraussetzung dafür, dass sich die Leistungspflicht der Krankenkasse auf diesen Betrag beschränkt. Sofern der Abgabepreis eines Leistungserbringers über dem Durchschnittspreis liegt, hat er den Versicherten dar

Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) - Versorgung mit Hilfsmitteln

über zu informieren, dass die Krankenkasse nur die Kosten in Höhe des Durchschnittspreise übernimmt und den Differenzbetrag von dem Versicherten einzubehalten. Die Zahlung für das Hilfsmittel wird von dem Vergütungsanspruch (Durchschnittspreis) berechnet und ist gleichzeitig einzubehalten.